



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO PRIMERO ADMINISTRATIVO ORAL DEL CIRCUITO DE TUNJA

Tunja, trece (13) de diciembre de dos mil diecinueve (2019)

MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE: HELBER REYNALDO PRECIADO ROJAS Y OTROS
DEMANDADO: E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA
EXPEDIENTE: 150013333001 2014 00157 00

I. MEDIO DE CONTROL

Procede el Despacho a proferir sentencia de primera instancia dentro del medio de control de Reparación Directa, instaurado mediante apoderado judicial por los señores Helber Reynaldo Preciado Rojas, Julio César Fuentes, Blanca Leyder Higuera Ortiz quien actúa en nombre propio y en representación de su menor hijo Mauricio Alejandro Fuentes Higuera; y Diana Carolina Fuentes Higuera quien actúa en nombre propio y en representación de los menores Johan Steven y David Camilo Preciado Fuentes en contra de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja.

II. SÍNTESIS DEL CASO

A través de demanda de reparación directa, los señores Helber Reynaldo Preciado Rojas; Julio César Fuentes, Blanca Leyder Higuera Ortiz quien actúa en nombre propio y en representación de su menor hijo Mauricio Alejandro Fuentes Higuera; y Diana Carolina Fuentes Higuera quien actúa en nombre propio y en representación de los menores Johan Steven y David Camilo Preciado Fuentes, procuran que esta jurisdicción declare la responsabilidad administrativa y extracontractual de la demandada E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, por la presunta falla del servicio que devino en el deceso del menor Juan Esteban Preciado Fuentes, razón por la cual, solicitan se les indemnice los perjuicios morales que se les ocasionaron con dicha pérdida.

III. LA DEMANDA

3.1. PRETENSIONES

Pretende la parte actora se declare administrativa y extracontractualmente responsable a la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja, por los hechos que configuraron una falla en el servicio médico asistencial que desencadenaron la muerte del menor Juan Esteban Preciado Fuentes.

Como consecuencia de lo anterior, solicita se condene a la entidad demandada a indemnizar a los demandantes la suma de cien salarios mínimos mensuales vigentes a cada uno por los perjuicios inmateriales causados.

Se condene a la demandada al pago de las costas y agencias en derecho.

Peticionó que en caso de que se profiera una condena en abstracto, se disponga se dé cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 193 del CPACA y se ajuste a los términos indicados en el inciso final del artículo 187 *ibídem*.

Finalmente pidió que la entidad demandada cancele la condena en los términos de los artículos 192 y 195 del referido compendio procesal.

3.2. FUNDAMENTOS FACTICOS:

Informó en el libelo que el 6 de agosto de 2005 nació Juan Sebastián Preciado Fuentes, hijo de Diana Carolina Fuentes Higuera y Helber Reynaldo Preciado Rojas, quienes también procrearon a Johan Steven y David Camilo Preciado Fuentes.

Comentó el apoderado que los señores Blanca Leyder Higuera Ortiz y Julio César Fuentes, eran los abuelos del menor Juan Sebastián Preciado Fuentes, con quienes convivió durante toda su vida, creándose una dependencia emocional.

Señaló que el día 6 de diciembre de 2011, el menor Juan Sebastián Preciado Fuentes, fue llevado al Hospital Regional de Sogamoso como consecuencia de un dolor abdominal acompañado de la imposibilidad de orinar, institución en la que se le diagnosticó apendicitis aguda, debiéndole ser practicada una apendicectomía el día 7 del mismo mes y año.

Refirió que el anterior procedimiento no tuvo complicaciones y presentó una adecuada evolución, razón por la cual, el 9 de diciembre le concedieron salida sin que exteriorizara molestia alguna diferente a la causada por la herida producto del procedimiento quirúrgico.

Precisó que dos días después, es decir, el 11 de diciembre, ingresó al servicio de urgencias de la ESE Hospital San Rafael de Tunja por dolor de estómago diagnosticándosele contaminación en el sistema digestivo por heces fecales, ordenándose el paso de sonda nasogástrica, ecografía abdominal y la reposición de lactato a través de sonda. Indicó que para el anterior procedimiento no le fue solicitado consentimiento a la madre del menor y que al canalizarlo para suministrarle el lactato, éste le generó una reacción alérgica, situación que fue alertada por su progenitora, sin que el personal médico y de enfermería prestaran atención.

Adujo que un galeno le indicó que el drenado ordenado al paciente estaba siendo exitosa por lo que le darían de alta, además de que no habría necesidad de intervenirlo, por cuanto su intestino y estómago no presentaban orificios. Que pese a lo anterior, a las 17:54 de ese día, Juan Sebastián Preciado Fuentes presentó paro

cardiorrespiratorio sin que reaccionara a las maniobras de reanimación, falleciendo 50 minutos después.

Afirmó que la alergia presentada en el brazo, sumada a la aplicación de hidrocortisona al momento de intentar reanimarlo, *“indican que el paro cardiorrespiratorio que le llevó a la muerte pudo relacionarse con una reacción alérgica al medicamento que se le estaba aplicando.”*

Señaló que el informe de necropsia del menor y el dictamen pericial de 8 de octubre de 2013, no se puede concluir claramente la causa de muerte de Juan Sebastián Preciado Fuentes.

Informó que la Fiscalía adelanta investigación penal, la cual, está abierta, en atención a la *“incertidumbre”* frente a la causa de la muerte del menor.

3.3. FUNDAMENTOS DE DERECHO:

Indicó que las cláusulas generales de responsabilidad del estado están consagradas en el artículo 90 de la constitución política; por su parte el Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo tiene consagrado el medio de control jurisdiccional denominado reparación directa.

Argumentó que el Consejo de Estado ha desarrollado una línea jurisprudencia en el manejo de responsabilidad estatal en materia de servicios de salud, donde se estudia la imputación en materia de la responsabilidad estatal médica, tales como la falla presunta del servicio y en la actualidad la falla probada en del servicio donde el demandante es el competente para probar el nexo causal que liga a la falla con el daño, donde debe existir especial iniciativa probatoria del accionante dirigida a establecer la existencia del nexo causal de responsabilidad.

IV. ACTUACIÓN PROCESAL

La demanda fue interpuesta el 6 de marzo de 2014 (fl.11), mediante auto de 15 de mayo de 2014 el Tribunal Administrativo de Boyacá inadmitió la demanda (fl. 70-71), la cual fue subsanada el 30 de mayo de 2014 (fls. 72-75), a través de proveído de 3 de julio de 2014 se dispuso la remisión a los Juzgados Administrativos del Circuito Judicial de Tunja (fls. 81- 82) correspondiendo su trámite al Juzgado Primero Administrativo del Circuito de Tunja, quien mediante providencia de 7 de octubre de 2014 inadmitió la demanda (fl. 88). En atención a la anterior providencia, el apoderado de la parte actora procedió a subsanarla luego de lo cual este estrado judicial, dispuso su admisión a través de auto de 12 de febrero de 2015 (fl. 94). Una vez notificado el Hospital, procedió en término a contestar la demanda el 15 de julio de 2015 (fls. 100- 106) y a presentar llamamiento en garantía en contra de la Compañía de Seguros La Previsora S.A., el cual, le fuera admitido el 25 de febrero de 2016 (fls. 25-27 cuaderno llamamiento en garantía). El día 28 de julio de 2015 la parte demandante presentó escrito de reforma de la demanda (fls. 148-162). Posteriormente, a través de auto de 27 de agosto de 2015 se inadmitió la contestación de la demanda y se le concede el término de 10 días a la parte accionada para que proceda a su subsanación (fl. 167), lo cual, sucedió el 9

de septiembre de 2015 (fls. 168 -169). Mediante providencia de 3 de diciembre de 2015 (fl. 171-172) se resolvió admitir la reforma a la demanda, la contestación de la demanda y se dispuso correr traslado de la reforma. El 12 de julio de 2016 la entidad llamada en garantía procedió a contestar la demanda (fls. 176-180) y el llamamiento en garantía (fls. 33-46 cuaderno llamamiento en garantía). El 13 de octubre de 2016 se llevó a cabo audiencia inicial. La audiencia de pruebas fue practicada los días 21 de febrero, 25 de abril de 2017, 11 de octubre de 2018 y 20 de junio de 2019, esta última se terminó de recaudar el material probatorio y se corrió traslado a las partes para que alegaran de conclusión.

V. RAZONES DE LA DEFENSA

5.1. E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA.

A través de apoderada judicial contestó la demanda, oponiéndose a la prosperidad de las pretensiones, argumentando que el menor Juan Sebastián Preciado Fuentes entre el 9 y 11 de diciembre de 2011 si presentó complicación postoperatoria, consistente en un cuadro de obstrucción intestinal postoperatoria.

Indicó que se encuentra confirmado que el menor ingresó a la ESE Hospital San Rafael de Tunja el 11 de diciembre por complicaciones atribuibles a su patología inicial, presentando dolor, emesis y distensión abdominal, todos, signos de obstrucción.

Negó que haya registros de que el paciente tuviera contaminación de la cavidad abdominal por heces, se evidencia es dolor abdominal, postoperatorio de apendicectomía y obstrucción intestinal, para lo cual, se dispuso plan de manejo consistente en sonda nasogástrica para descomprimir la cavidad abdominal, toma de ecografía abdominal y aporte parenteral (intravenoso) de lactato de ringer.

Explicó que el manejo médico de un episodio de obstrucción intestinal consisten en liberar la presión de las asas distendidas, para lo cual, se utiliza un método consistente en propiciar una vía de escape al gas o fluidos que se encuentren en las asas intestinales; que el procedimiento de avance con sonda nasogástrica no se considera invasivo, por tanto, no se firma consentimiento informado, sin embargo, por ser menor se solicita autorización verbal y se explica el procedimiento.

Precisó que revisada la historia clínica no se advierte que se hubiera registrado cambios en la coloración de la piel, la aparición de “*rash*” cutáneo u otro síntoma que sugiriese la presencia de una reacción alérgica; en igual forma, no se prescribió ningún medicamento y el lactato de ringer es una solución fisiológica que aporta agua y electrolitos, pudiendo desencadenar únicamente “*sobrehidratación*”.

Se opuso totalmente a la afirmación de la parte demandante relacionada con que el paro cardiorrespiratorio que sufrió el paciente pudo estar relacionado con una reacción alérgica al medicamento, y agregó que en el contexto de reanimación del paciente, el uso de la hidrocortisona fue para mejorar la posible insuficiencia suprarrenal derivada de su estado de choque refractario y no para resolver una reacción de tipo alérgico.

Concluyó de las historias clínicas que el menor Juan Sebastián Preciado presentó complicaciones atribuibles a la patología base y al ingreso a la ESE accionada venía cursando una obstrucción intestinal, aunada a la colitis amebiana diagnosticada en la ESE de Sogamoso, en donde se identificó la presencia de *“trofozoitos hematófagos positivos y sangre oculta positiva, se aunaron para desencadenar los eventos fisiopatológicos que llevaron a la muerte del menor.”*

Que del análisis realizado por el laboratorio de histopatología se advierte que se presentaron cambios isquémicos del colon que no eran detectables a la vista del examinador y fueron secundarios a una complicación descrita del postoperatorio de la apendicectomía.

Propuso como excepciones las siguientes:

- **Inexistencia de la falla del servicio:** para sustentar esta excepción la apoderada de la accionada realiza un resumen de la historia clínica de atención del paciente, para luego pasa a explicar que la prestación del servicio contaba con los atributos de calidad, esto es, acceso, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

- **Inexistencia del nexo de causalidad:** afirmó que la actuación desplegada estuvo acorde a las guías y protocolos médicos y se ajustan a la prestación del servicio de salud. Agrega que de acuerdo a la historia clínica la conducta desplegada por el personal encargado de atender al paciente fue adecuada y no se encuentra demostrado que en tal conducta se haya presentado el hecho generador del deceso, tal como la impericia, la negligencia o la imprudencia, al contrario, los procedimientos eran los adecuados y se realizaron con el fin de preservar su vida.

Refiere que en el presente caso aplica la *“Teoría de la causalidad adecuada, según la cual no todos los fenómenos que contribuyeron a la producción del daño tienen relevancia para determinar la causa jurídica el perjuicio, considerándose por ello, que solamente causó el daño, aquel o aquellos fenómenos que normalmente debieron haberlo producido...”*

- **Inexistencia de causa legal:** fundamenta este medio exceptivo en que la accionada cumplió con el deber legal en la prestación del servicio de salud, de manera eficiente y oportuna, teniendo en cuenta la pericia y destreza del personal profesional asistencia, el cual brindó al paciente los tratamientos *“conforme a la posibilidad y pertinencia de los mismos”*.

- **Falta de legitimación en la causa por pasiva:** afirmó que la ESE Hospital San Rafael de Tunja no es la llamada a responder, como quiera que el menor venía padeciendo una serie de condiciones desfavorables en su salud, presuntamente posteriores a una apendicitis reciente, como la obstrucción intestinal, aunada a una colitis amebiana, la cual fue diagnosticada en la ESE Hospital Regional de Sogamoso.

5.2. COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA S.A. (fls. 176-180).

Contradijo el dicho del demandante, en cuanto manifiesta que el menor Juan Sebastián Preciado Fuentes si presentó complicaciones posteriores a la apendicetomía practicada, consistente en cuadro de obstrucción intestinal postoperatorio. Indicó que en los registros no se encuentra la existencia de contaminación en la cavidad abdominal por heces, por el contrario, se encuentran registros de presunción diagnóstica de dolor abdominal, post-operatorio de apendicetomía y obstrucción intestinal. Explicó que el plan de manejo incluía avanzar con sonda nasogástrica para descomprimir la cavidad abdominal, se ordenó ecografía abdominal, pero no es cierto que se use la sonda nasogástrica para el aporte de líquidos, porque, para ello se decide iniciar aporte parental (intravenoso) de lactato de ringer. Expresó que contrario a lo manifestado por el apoderado de la parte actora, en la historia clínica del menor se constata que presentó complicaciones atribuibles a la patología inicial, pues su ingreso a la ESE Hospital San Rafael de Tunja se dio por la obstrucción intestinal que presentaba, aunada a la colitis amebiana diagnosticada en la ESE Hospital Regional de Sogamoso, en donde se identificó la presencia de trofozoítos hematófagos positivos y sangre oculta positiva.

Alegó la llamada en garantía, la ausencia de responsabilidad por inexistencia de nexo de causalidad entre la atención médica y el fallecimiento del paciente.

Propuso las siguientes excepciones:

- **Ineptitud de la demanda por falta de requisitos formales:** manifestó que en la demanda no se incluyó el juramento estimatorio previsto en el artículo 206 del Código General de Proceso, por lo tanto, la demanda se torna en inepta por falta de requisitos formales.

- **Configuración del hecho de un tercero:** argumentó que el menor Juan Sebastián Preciado Fuentes fue intervenido en el Hospital Regional de Sogamoso en procedimiento conocido como apendicetomía, la cual, desencadenó posteriores complicaciones que no se pueden endilgar a la accionada.

VI. LLAMAMIENTO EN GARANTÍA

COMPAÑÍA DE SEGUROS LA PREVISORA S.A. (fls. 33 a 46 cuaderno llamamiento en garantía): indicó que la ESE Hospital San Rafael de Tunja adquirió con La Previsora S.A. Compañía de Seguros las pólizas No. 1003256, 1003257, 1004101 y 1004102, sin embargo, no todas cubrían la responsabilidad civil profesional médica derivada de la prestación del servicio de salud. Se opuso al llamado en garantía por cuanto las pólizas No. 1003256 y 1004102 no se encontraban vigentes al momento de realizar la reclamación.

En caso de una condena, solicitó se tenga en cuenta el límite del valor asegurado, el deducible y los sublímites pactados, además de los valores por reconocimiento de daños extrapatrimoniales.

Propuso como excepciones las siguientes:

- **Ausencia de cobertura para la póliza 1003257:** explicó que la referida póliza cubre la responsabilidad para servidores públicos, no obstante, los amparos de dicho contrato son taxativos y sólo se amparan las situaciones descritas en la póliza. Las cuales, una vez revisadas se evidencia que los hechos objeto de litigio no se encuentran bajo cobertura – errores u omisiones profesionales del personal médico-, y ésta busca proteger al asegurado del detrimento patrimonial que se presente con ocasión al manejo que los funcionarios administrativos le den a los recursos en el ejercicio de sus funciones, o cuando se inicien juicios fiscales por menoscabó al patrimonio de la entidad.
- **Ausencia de cobertura para la póliza 1004101:** reitero los argumentos expuestos, de la anterior excepción.
- **Ausencia de cobertura para la póliza 1003256:** ausencia de cobertura por ser esta de modalidad reclamación, indica que hay una exclusión general del contrato del seguro por cuanto la vigencia de la póliza objeto del llamado en garantía fue hasta el 8 de diciembre de 2012 por lo tanto, no estaba vigente para la fecha en el que el asegurado reclamó y/o notificó a la Previsora S.A compañía de seguros el evento ocurrido con el menor Juan Sebas Preciado Fuentes. En consecuencia, la excepción se encuentra llamada a prosperar al estructurarse la exclusión de responsabilidad de aseguradora, teniendo en cuenta que según la modalidad “CLAIMS MADE”, pactada entre las partes para el presente contrato de seguros al momento de la reclamación, no existía póliza vigente, quedando los hechos objeto de litigio excluido de todo amparo.
- **Prescripción de la acción derivada del contrato de seguro:** adujo que de conformidad con el artículo 1081 del Código de Comercio la acción derivada del contrato de seguros se encuentra prescrita por cuanto el 7 de junio de 2012 la SIJIN, solicitó al Hospital San Rafael de Tunja la historia clínica del menor Juan Sebastián Preciado Fuentes para que obrara dentro de la investigación adelantada por la Fiscalía Novena Seccional Tunja por el delito de homicidio. Así las cosas, la acción derivada del contrato de seguro se encuentra prescrita desde el 7 de junio de 2014, de conformidad con las prescripciones del artículo 1081 del Código de comercio el cual indica que la prescripción ordinaria será de 2 años y empezará a contar al momento de que el interesado haya tenido o debido tener conocimiento del hecho que da base a la acción. Lo anterior sumado a que la condición octava del clausulado general de la póliza 1007363 y 1004102 establecen en cuanto a la denuncia del reclamó que el asegurado se obliga a notificar a la Previsora S.A Compañía de Seguros por escrito cualquier reclamo de un tercero que llegue a su conocimiento dentro de los tres días hábiles siguientes a partir del momento en que el asegurado haya sido informado de tal reclamo.
- **Límites máximos de responsabilidad condiciones del seguro y disponibilidad del valor asegurado:** indicó que en el caso de una condena la aseguradora no puede ser obligada a pagar más allá del valor asegurado, con los respectivos sublímites y desbules.
- **Deducible pactado en el contrato de seguro:** explicó que en el contrato de seguro objeto del llamado en garantía se pactó un deducible que debe ser

asumido por el asegurado y aplicado en cualquier tipo de condena o reclamación; para el presente caso es del 25% del valor de la pérdida y se estipula por valor mínimo de pago por estés concepto 10 S.M.L.M.V. para la póliza 1003256 y para la póliza 1004102 un deducible del 10% sobre el valor de la pérdida y un valor mínimo de pago por 60 S.M.L.M.V.

- **Límite de la indemnización por perjuicios extrapatrimoniales:** manifestó que se debe tener en cuenta el límite para la indemnización de perjuicios extrapatrimoniales contemplados en las pólizas 1003256 y 1004102.

VII. DECISIONES RELEVANTES EN LA AUDIENCIA INICIAL

7.1. EXCEPCIONES PREVIAS (ART. 180-6 CPACA)

En audiencia inicial se resolvieron las excepciones previas presentadas por las demandadas como quedó expuesto a folio 208 vto.-209 y en CD 213.

7.2. FIJACIÓN DEL LITIGIO (ART. 180-7 CPACA)

En el sub lite a folio 209 vto, y en CD a folio 213 de la audiencia inicial se fijó el litigio respecto los hechos relevantes y el problema jurídico, así:

7.2.1. Hechos relevantes

Frente a los hechos se señaló:

Se aclara que si bien la ESE HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA se pronunció respecto de los hechos aducido en la demanda inicial, no realizó pronunciamiento de los mismos luego de aceptada la reforma a la demanda (fl. 153-155), donde fueron modificados los hechos 29 a 32 y agregados los hechos 33 y 34, de los cuales se entenderá que hay disenso.

Hechas las anteriores precisiones y una vez revidada la demanda (fls. 4-11), su reforma (fls. 148-162) y la contestación efectuada tanto por la ESE Hospital San Rafael de Tunja (fls. 100-106) como por la Previsora S.A. (fls. 176-180), se evidencia que existe consenso en los hechos 1 a 4, 6 a 10 20 a 23, 26 y 28 y disenso en los demás.

7.2.2. Problema jurídico

De conformidad con lo expuesto por las partes, el Despacho procedió a fijar el litigio indicando que la controversia se contrae a determinar si la ESE Hospital San Rafael de Tunja y la Aseguradora la Previsora S.A. son administrativa y patrimonialmente responsables de los presuntos perjuicios ocasionado a los demandantes con ocasión del deceso del menor Juan Sebastián Preciado Fuentes (Q.E.P.D), precisando que el litigio versará sobre los hechos 5,11 a 19, 24, 25, 27 y 29 a 34, Respecto de las pretensiones las mismas quedan conforme se encunaron en la demanda.

VIII. AUDIENCIA DE PRUEBAS Y ALEGACIONES FINALES

En audiencia de pruebas celebrada el 21 de febrero, 25 de abril de 2017 (fl. 320-322 y 337-340 respectivamente), 11 de octubre de 2018 (fl. 453-463), y finalizada el 20 de junio de 2019, en esta última, una vez verificado el recaudo del material probatorio decretado en la audiencia inicial, se corrió traslado a las partes por el término de diez (10) días para que presentaran sus alegatos de conclusión.

Dentro del término legal para que las partes alegaran de conclusión la **Parte demandante** guardo silencio.

8.1.- E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja (Fls.497-500). Insistió en los argumentos expuestos en la contestación de la demanda, argumentando que no es la llamada a responder por los daños y perjuicios en los que se ven afectados los familiares del menor Juan Sebastián Preciado Fuentes, pues la atención que el paciente recibió fue la indicada, en tanto se enmarcó dentro de los atributos de accesibilidad, pertinencia, continuidad y seguridad. Reiteró que en el presente caso el menor Juan Sebastián Preciado tuvo una complicación del post-operatorio de la apendicetomía que le fue realizada. Adicionalmente se encontró que el paciente sufría de una colitis amebiana por enterohematófagos que pudo aunarse con la enfermedad inflamatoria apendicular para originar los cambios isquémicos.

Para sustentar los argumentos refirió el contenido de las sentencias C-832 de 2001 y C-333 de 1996 de la Corte Constitucional; así como las sentencias del 8 de mayo de 1995 y 13 de julio de 1993 y 11 de mayo de 2003 de la Sección Tercera del Consejo de Estado.

Indicó que las pretensiones de la parte demandante son improcedentes por cuando la accionada no ha causado ningún perjuicio a los demandantes ya que no ha ejecutado o emitido acción alguna que haya ocasionado perjuicio o daño moral.

Explicó que de las pruebas arrojadas al expediente tales como historia clínica y testimonios se evidencia que el Hospital San Rafael de Tunja realizó todo lo que la literatura médica prescribe para la patología que padecía el menor Juan Sebastián Preciado, frente al aspecto de cuidado, tratamiento y atención durante su estancia en la entidad.

Clarificó que según los supuestos sobre los cuales se erige el daño antijurídico este no existe, atendiendo a que el actuar de los profesionales de la accionada estuvo conforme a los atributos de calidad, acceso, seguridad, pertinencia, continuidad y el desafortunado desenlace obedeció a causas de la patología. Esto de conformidad con lo señalado por los galenos que atendieron al menor y que rindieron sus testimonios dentro del proceso debido a que todos coinciden en que la atención fue la adecuada, y no como lo pretende ver el demandante que la causa de la muerte del menor se ocasionó por la aplicación del medicamento Hidrocortisona utilizada al momento que el menor sufrió el paro cardiorrespiratorio, empero debe tenerse en cuenta que según la literatura médica y de conformidad con los testimonios rendidos esta técnica de reanimación fue la adecuada por lo que solicita que se desestimen las pretensiones de la demanda.

8.2.- Previsora S.A Compañía de Seguros (Fls.501). Solicitó se declare probada la excepción de “ausencia de responsabilidad por inexistencia de nexo de causalidad de la atención médica y el fallecimiento del paciente” esto basado en que dentro del debate probatorio no se practicó ninguna prueba que aportara más información sobre el fallecimiento del menor; por su parte la necropsia y el informe histopatológico desvirtúan la presencia de un evento alérgico, los testimonio de los profesionales tratantes concluyen que el tratamiento se encontró ajustado a la *lex artis* reglada para la situación del paciente, evidenciándose que hubo una atención oportuna y adecuada.

Concluye, que no fue desvirtuado el actuar oportuno, eficiente y de calidad por parte de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja quien desplego todas las actuaciones para le mejora del paciente y no se le puede imputar los resultados adversos. Agrega que no fue probado ningún nexo de causalidad dentro de la atención medica prestada y el fallecimiento del paciente, teniendo en cuenta no solamente que está determinada la causa de su muerte si no que no existe ningún tipo de irregularidad en la atención.

IX. CONSIDERACIONES

Cumplido el trámite de ley, sin que se observe causal de nulidad procesal que invalide lo actuado, se procede a tomar la decisión de fondo que en derecho corresponda.

9.1. LA COMPETENCIA

De conformidad con lo dispuesto en el numeral 6° del artículo 155 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo, los Jueces Administrativos son competentes en primera instancia para conocer de las demandas de reparación directa cuya cuantía no exceda los quinientos (500) salarios mínimos legales mensuales vigentes, como ocurre en el sub judice donde la estimación de la cuantía fue de \$61.600.000, folio 152.

Por factor territorial, el despacho es competente para conocer de la controversia puesto que el numeral 6 del artículo 156 del C.P.A.C.A establece que la competencia por razón del territorio en los procesos de reparación directa se determina por el lugar donde se produjeron los hechos, las omisiones, o las operaciones administrativas o por el domicilio o sede principal de la entidad demandada a elección del demandante, en este sentido la entidad demandada es el Hospital San Rafael de Tunja y su sede principal y el lugar de los hechos fue la ciudad de Tunja, siendo así, esta instancia competente.

9.2.- DE LA FALLA PROBADA EN EL SERVICIO COMO TÍTULO DE IMPUTACIÓN EN LOS CASOS DE RESPONSABILIDAD DEL ESTADO EN EL ÁMBITO DEL SERVICIO MÉDICO - ASISTENCIAL

Ahora bien, para definir el régimen de responsabilidad aplicable al presente asunto, se advierte que la parte demandante pretende se declare la responsabilidad administrativa por la falla del servicio por los daños y perjuicios causados a los demandantes con ocasión del fallecimiento del menor Juan Sebastián Preciado Fuentes, luego de ser atendido en la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja ingresando por urgencias por fuerte

dolor estomacal y con cuadro de postoperatorio de apendicectomía realizada en el Hospital Regional de Sogamoso.

Así entonces, desde la perspectiva de la responsabilidad patrimonial de la administración por la prestación de servicios de salud, vale la pena destacar que la salud ha sido definida como un servicio público esencial¹, cuyo cumplimiento en cabeza de entidades públicas o estatales se adelanta mediante el ejercicio de función administrativa, y atiende a la satisfacción del interés general, en la medida que sirve de presupuesto para el ejercicio pleno de otros derechos, especialmente, aquellos definidos como fundamentales, dada la condición de conexidad que se genera entre el primero y estos últimos. Por estas razones ha sido catalogada como extracontractual por llevar implícita la prestación de un servicio público.

Adicionalmente, el servicio público sanitario y hospitalario no sólo está circunscrito únicamente a la prestación o suministro de los denominados “acto médico y/o paramédico”, es decir, la atención dirigida o encaminada a superar o aliviar una enfermedad a partir de la valoración de los síntomas y signos evidenciados con el objetivo de restablecer la salud del paciente², sino que comprende otra serie de obligaciones principales como la de seguridad, cuidado, vigilancia, protección y custodia de los usuarios, sumado a la planeación y coordinación en la prestación de los mismos para que sea oportuna, eficiente y de calidad³. En ese orden de ideas, la responsabilidad patrimonial de la administración sanitaria y hospitalaria encuentra su fundamento en: el principio de la buena fe (art. 83 de la Constitución Política y 1603 del Código Civil), el principio del interés general que lleva implícito la prestación del servicio referido (arts. 1º y 49 C.P.), así como en los derechos de los consumidores y usuarios (Decreto 3466 de 1982)⁴.

La falla en el servicio como título de imputación se presenta cuando la responsabilidad estatal se predica del incumplimiento de deberes en cabeza del Estado o de la acción u omisión de una de sus entidades y que como consecuencia de ello se genera un daño al administrado que no se encuentra en el deber de soportarlo. Entonces, se entiende que existe una falla en el servicio cuando la administración no desarrolle las obligaciones que estaban a su cargo; es decir, no preste a una persona o comunidad el servicio; cuando no realice a tiempo el cumplimiento de las obligaciones a su cargo, cuando al desarrollar su obligaciones lo haga indebidamente, cuando desborde las funciones que le fueron dadas legal y constitucionalmente, entre otras.

La responsabilidad por falla médica ha tenido un avance progresivo a lo largo de los años, en razón de la complejidad de los temas médicos y las dificultades en el ámbito probatorio. Según el Consejo de Estado⁵, la jurisprudencia en sus comienzos estuvo

¹ Al respecto consultar la sentencia de la Corte Constitucional C-559 de 1992, M.P.: Simón Rodríguez Rodríguez y la providencia del Consejo de Estado – Sección Tercera de 20 de febrero de 1996, exp. 11.312, C.P.: Daniel Suárez Hernández.

² La salud ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como “el estado completo de bienestar físico, psíquico, y social, no circunscrito a la ausencia de afecciones y enfermedades.” www.who.int/en/

³ Corte Constitucional. Sentencia T T-121 de 2015. M.P. LUIS GUILLERMO GUERRERO PÉREZ.

⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 9 de mayo de 2012 Radicación número: 05001-23-24-000-1994-02530-01(22304). (C.P: ENRIQUE GIL BOTERO).

⁵ CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO. SECCIÓN TERCERA. SUBSECCIÓN B. Consejero ponente: RAMIRO DE JESÚS PAZOS GUERRERO. Sentencia del trece (13) de noviembre de dos mil catorce (2014). Radicación número: 05001-23-31-000-1999-03218-01(31182)

orientada a que el estudio de la responsabilidad estatal se efectuara bajo un régimen subjetivo de falla probada del servicio en donde se exigía al demandante aportar la prueba de la falla para la prosperidad de sus pretensiones, pues, al comportar la actividad médica una obligación de medio, de la sola existencia del daño no había lugar a presumir la falla del servicio⁶. A partir del segundo semestre de 1992, se acogió un criterio ya esbozado en 1990⁷, según el cual los casos de responsabilidad por la prestación del servicio médico se juzgarían de manera general bajo un régimen subjetivo pero con presunción de falla en el servicio, postura que se fundamentó en la capacidad en que se encuentran los profesionales de la medicina, dado su “*conocimiento técnico y real por cuanto ejecutaron la respectiva conducta*”, de satisfacer las inquietudes y cuestionamientos que puedan formularse contra sus procedimientos⁸. Posteriormente, en una sentencia del año 2000, se cuestionó la aplicación generalizada de la presunción de la falla en el servicio y se postuló la teoría de la carga dinámica de la prueba, según la cual el juez debe establecer en cada caso concreto cuál de las partes está en mejores condiciones de probar la falla o su ausencia, asignándole un valor significativo a la prueba indiciaria en los casos en los cuales “*resulte muy difícil –si no imposible- la prueba directa de los hechos que permiten estructurar ese elemento de la obligación de indemnizar*”.

Siguiendo el análisis hecho por la alta Corporación se indica que en el año 2006 se abandonó definitivamente la presunción de falla en el servicio para volver al régimen general de falla probada⁹. Actualmente se considera que en materia de responsabilidad médica deben estar acreditados en el expediente todos los elementos que la configuran, esto es, el daño, la actividad médica y el nexo causal entre esta y aquel¹⁰, sin perjuicio de que para la demostración de este último elemento las partes puedan valerse de todos los medios de prueba legalmente aceptados, incluso de la prueba indiciaria.

Para el caso en particular de la responsabilidad derivada del ejercicio médico, como se señaló en precedencia el Consejo de Estado ha determinado que el régimen aplicable en la actualidad es justamente el de la falla probada en el servicio, que exige además de probar la existencia del daño, el nexo causal entre este y la falla en la prestación del servicio médico¹¹, no obstante, la jurisprudencia también ha admitido que en aplicación del

⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 13 de septiembre de 1991, rad. 6253, M.P. Carlos Betancur Jaramillo; sentencia de 14 de febrero de 1992, rad. 6477, M.P. Carlos Betancur Jaramillo; sentencia de 26 de marzo de 1992, rad. 6255, M.P. Julio César Uribe Acosta; sentencia de 26 de marzo de 1992, rad. 6654, M.P. Daniel Suárez Hernández, entre otras.

⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 24 de octubre de 1990, rad. 5902, C.P. Gustavo de Greiff Restrepo.

⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 30 de julio de 1992, rad. 6897, M.P. Daniel Suárez Hernández.

⁹ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto de 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio; sentencia de 30 de noviembre de 2006, rad. 15201-25063, M.P. Alier Hernández Enríquez; sentencia de 30 de julio de 2008, rad. 15726, M.P. Myriam Guerrero de Escobar. El consejero Enrique Gil Botero aclaró el voto en el sentido de señalar que no debe plantearse de forma definitiva el abandono de la aplicación del régimen de falla presunta del servicio.

¹⁰ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 31 de agosto del 2006, rad. 15772, M.P. Ruth Stella Correa Palacio; sentencia del 30 de julio del 2008, rad. 15726, M.P. Myriam Guerrero de Escobar; sentencia del 21 de febrero del 2011, rad. 19125, M.P. (E) Gladys Agudelo Ordóñez, entre otras.

¹¹ CONSEJO DE ESTADO - SECCIÓN TERCERA. Sentencia de dieciocho (18) de octubre de dos mil dieciocho (2018). Rad. No. 19001-23-31-000-2006-00170-01 (43526). C.P.: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO (E)

principio *iura novit curia* y dadas las circunstancias del caso concreto, el juez puede acudir a otros regímenes de responsabilidad.¹²

Finalmente para efectos del caso concreto, se ha de resaltar que una dimensión importante de la diligencia, tiene que ver con la prestación efectiva y pronta de la atención médica, esto es, con la garantía que el solo ingreso comporta la tranquilidad que el paciente y la familia demandan, en razón de la calidad del servicio y la evitación de trámites innecesarios. En resumen, parte de la humanización a la que debe propender el servicio médico consiste en la implementación de procedimientos logísticos que agilicen y optimicen la atención al usuario, de modo que éste no vea agravada su situación con innecesarias dilaciones burocráticas o deficiencias en la dotación de elementos al igual que de personal médico, paramédico o asistencial.

Por lo anterior, es importante aclarar que la negligencia o la falla que se alega en los casos de responsabilidad médica no se limita a la mala praxis, por parte del personal del cuerpo médico tratante, sino que puede darse de una falla de la Institución médica o del sistema de salud es decir sistemático-institucional¹³.

9.3.- ANÁLISIS PROBATORIO.

Antes de realizar una descripción del material probatorio aportado, es necesario para el Despacho recordar algunas reglas jurisprudenciales acerca de las formalidades y valoraciones que deben tenerse en cuenta respecto a los distintos medios de prueba que fueron aportados al proceso.

Sobre el valor probatorio de las pruebas documentales allegadas en copia simple deberá señalarse que conforme a la sentencia de unificación emitida por la Sala Plena de la Sección Tercera del Consejo de Estado de 28 de agosto de 2013¹⁴, las copias informales gozan de pleno valor probatorio en virtud de los principios constitucionales de buena fe y lealtad, siempre y cuando se hayan surtido las etapas de contradicción y su veracidad no hubiese sido cuestionada en el proceso, como también tienen pleno valor aquellas que provienen directamente de entidades públicas. En consecuencia, se dará mérito a las documentales aportadas en tal condición, dado que los antecedentes procesales revelan que no existe controversia entre los justiciables respecto a este tópico.

En lo que respecta a las declaraciones de los testigos, debe decirse que las mismas serán valoradas en tanto ayude a esclarecer o verificar los hechos para los cuales fueron decretados.

Obran en el expediente como pruebas relevantes las siguientes:

- Copia del registro civil de nacimiento de la señora Diana Carolina Fuentes Higuera (fl.12).

¹² CONSEJO DE ESTADO - SECCIÓN TERCERA. Sentencia de dieciséis (16) de agosto de dieciocho (18) de octubre de dos mil dieciocho (2018).Rad. No. 17001-23-31-000-2009-00001-01 (45687). C.P.: MARTA NUBIA VELÁSQUEZ RICO.

¹³ Consejo de Estado. Sección Tercera, Subsección B, sentencia de 28 de febrero de 2013, C. P.: Stella Conto Díaz del Castillo, Exp. 26398.

¹⁴ Sentencia del 28 de agosto de 2013 proferida dentro del expediente No. 05001-23-31-000-1996-00659-01(25022). M.P.: ENRIQUE GIL BOTERO.

- Copia del registro civil de nacimiento de JUAN SEBASTIÁN PRECIADO FUENTES donde consta que nació el 06 de agosto de 2005 y que sus padres son DIANA CAROLINA FUENTES HIGUERA y HELBER REYNALDO ROJAS PRECIADO (fl. 13).
- Copia del registro civil de defunción del menor Juan Sebastián Preciado Fuentes que certifica como fecha de fallecimiento del 11 de diciembre de 2011 (fl.14).
- Copia de la historia clínica del menor Juan Sebastián Preciado Fuentes del Hospital Regional de Sogamoso, donde se evidencian las atenciones recibidas por el paciente en esta institución médica desde el 6 de diciembre de 2011 hasta el 9 de diciembre de 2011, finalizando con anotación *“con evolución satisfactoria con la cual se da de alta”* (fls. 15-19).
- Copia de la historia clínica del menor Juan Sebastián Preciado Fuentes de la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, donde se evidencian las atenciones recibidas por el paciente en esta institución médica el día 11 de diciembre de 2011, finalizando con anotación *“... A pesar de medidas instauradas, después de 50 minutos de reanimación, pupilas plenas, paciente sin signo vitales, Hora de la muerte 5:25 p.m.”* (fls. 20-34).
- Copia del informe pericial de Necropsia del menor Juan Sebastián Preciado Fuentes expedido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Teniendo como fecha de ingreso el 12 de diciembre de 2011 con acta de inspección No. 150016000132201180077, y suscrito por el médico forense Argemiro Pineda Arango quien concluyó: (fls. 35-36).
 - o *“ ... Paciente quien al examen externo presenta signos de tratamiento hospitalario con herida quirúrgica lineal suturada a nivel de fosa iliaca derecha, se observa cianosis labial moderada, piel seca y corneas con leve deshidratación. Al examen interno se encuentra órganos de distribución normal, de morfología y apariencia normal, en los pulmones signos de edema leve, a nivel de las asas intestinales con presencia de gas, lecho del apéndice cecal con sutura quirúrgica en buen estado. Dentro de los hallazgos cabe resaltar que a nivel intestinal las asas se encuentran permeables, el lecho quirúrgico no muestra alteraciones, Por lo anteriormente expuesto la causa, manera y mecanismo de muerte quedan en estudio ya que no se encontró al examen macroscópico algún hallazgo que indicara su deceso.”*
- Copia del oficio DSBY 195 PTL 2013, por medio del cual Medicina Legal emite concepto sobre el fallecimiento del menor Juan Sebastián Preciado Fuentes para que obre dentro de la noticia criminal No. 150016103980201130027, suscrito por el profesional especializado forense Argemiro Pineda Arango con fecha del 8 de octubre de 2013, quien después de realizar el estudio al caso da como consideraciones finales y conclusiones las siguientes: (fls. 37-65).
 - o *“- EL MANEJO OFRECIDO AL MENOR JUAN SEBASTIÁN PRECIADO FUENTES EN LA E.S.E HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO EN LA PRIMERAS HORAS DE ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIAS Y POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO, SU MANEJO EN EL POS OPERATORIO INMEDIATO, SE ENCUENTRA DENTRO DE LAS CONDUCTAS MEDICAS A SEGUIR DE*

ACUERDO A LOS SIGNOS SÍNTOMAS Y PARACLÍNICOS QUE PRESENTABA EL PACIENTE EN MENCIÓN.

- EL MANEJO EN URGENCIAS, LOS ESTUDIOS PARACLÍNICOS Y EL TRATAMIENTO INSTAURADO AL MENOR JUAN SEBASTIÁN PRECIADO FUENTES EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA FUE EL ADECUADO TENIENDO EN CUENTA LOS PROTOCOLOS PARA EL MANEJO DE ESTE TIPO DE PATOLOGÍAS.

-EL CUADRO DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL PRESENTADO POR EL MENOR JUAN SEBASTIÁN PRECIADO FUENTES SE ENCUENTRA DESCRITO COMO UNA DE LAS COMPLICACIONES EN EL POST OPERATORIO DE APENDICITIS.

-EL INFORME PERICIAL DE NECROPSIA DESCRIBE CLARAMENTE LOS HALLAZGOS QUE CONFIRMAN UN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO RECIENTE A NIVEL ABDOMINAL MÁS EXACTAMENTE DE APENDICECTOMÍA, CAMBIOS MACROSCÓPICOS DE PESO Y APARIENCIA EN PULMONES Y CEREBRO, ASÍ COMO CAMBIOS EN EL PERITONEO Y MESENTERIO.

-DEL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO REALIZADO A LAS MUESTRAS TOMADAS EN EL PROCEDIMIENTO DE NECROPSIA, SE ESTABLECE UN COMPROMISO IMPORTANTE A NIVEL DEL COLON PERITONEO, PULMONAR, CEREBRAL Y HEPÁTICO. LO CUAL SE OSNTITUYE (sic) UNA FALLA MULTISTÉMICA

-FINALMENTE SE SUGIERE QUE PARA UNA MAYOR CLARIDAD FRENTE A LA COMPLICACIÓN PRESENTADA POR EL MENOR JUAN SEBASTIÁN PRECIADO FUENTES SEA CONCEPTUADA POR EL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA GENERAL PEDIÁTRICA Y/O GASTROENTEROLOGÍA EN ALGUNAS DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD, O FACULTADES DE MEDICINA QUE CUENTES (sic) CON LA CATEDRA SOLICITADO EL ESTUDIO DEL MISMO, ESTO DEBIDO QUE EL INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES NO CUENTA CON ESPECIALISTAS EN ESTA ÁREA.”
(Subrayado y negrilla por el despacho)

- Copia del registro civil de nacimiento de Mauricio Alejandro Fuentes Higuera donde se evidencia que sus padres son Blanca Leyder Higuera Ortiz y Julio Cesar Fuentes, quien sería tío de Juan Sebastián Preciado Fuentes (Q.E.P.D) (fl.76).
- Copia del registro civil de nacimiento de David Camilo Preciado Fuentes donde consta que nació el 20 de abril de 2003 y que sus padres son DIANA CAROLINA FUENTES HIGUERA y HELBER REYNALDO ROJAS PRECIADO, por lo que se constata que es hermano de Juan Sebastián Preciado Fuentes (Q.E.P.D) (fl.77).
- Copia de registro civil de nacimiento de Johan Steven Preciado Fuentes consta que nació el 6 de agosto de 2001 y que sus padres son DIANA CAROLINA FUENTES HIGUERA y HELBER REYNALDO ROJAS PRECIADO, por lo que se constata que es hermano de Juan Sebastián Preciado Fuentes (Q.E.P.D) (fl.78).
- Transcripción de historia clínica del menor Juan Sebastián Preciado Fuentes por la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja. De la cual se extrae: (fls. 117-118).
 - o “Datos de atención de urgencias
Fecha 11/12/11

Hora_10+00.

Ingreso a urgencias: propios medios

Atención Prehospitalaria: NO

Motivo de consulta: Vomito y dolor abdominal.

Enfermedad actual: Paciente de 6 años en su día 4 POP apendicectomía en Sogamoso, inicio a presentar dolor abdominal y vomito desde el día anterior, manejo acetaminofén sin mejoría por lo que decide consultar.

(...)

Revisión por sistema: No fiebre Deposición hoy 5:30am.

Signos vitales: FC: 186 FR: 24, T: 37°C, Peso: 19KG Sato2 90% Fios2: 21

Estado conciencia: Alerta

(...)

Abdomen: distendido ruidos intestinales disminuidos hipertimpanico 4 cuadrantes doloroso a la palpación herida laparatomía en flanco y fase derecha sin signos de infección.

(...)

Evolución de urgencias

Paciente que presenta para cardiorrespiratorio en salas de observación pediátrica se traslada en rápidamente a reanimación, donde se informa a UCI Pediátrica y se inicia maniobra básicas y avanzadas de Reanimación Durante 50 minutos en compañía y cuidados por pediatra de unidad Neonatal se indica traslado a morque por lo que se retira implementos posteriormente sin lograr esclarecer causas aparente de muerte se levantamiento y necropsia Medicolegal, se informa a fiscalía, Dr Jairo Herrera Rodríguez Médico Cirujano.

Evolución Médica

Fecha: 11/12/11

Hora: 11+40

Valoraciones Cx Pediátrica.

MC vómito y dolor abdominal

EA: Paciente en 4º día de POP apendicectomía en Sogamoso, con cuadro clínico de aproximadamente 20 horas de evolución consistente en dolor abdominal y múltiples episodios eméticos de tipo alimenticio.

Antecedentes: Patológicos (-), Hospitalización por fractura antebrazo derecho, fractura antebrazo, Alérgico (-) Familiares: Abuelo materno diabetes, Abuela materna HTA Diuresis (+) deposición 1, 5+30am.

Examen Físico: Paciente, alerta activo reactivo, con SV : FC : 120x, Fr : 23, T°: 37°C álgido, ruidos respiratorios sin agregados, ruidos cardiacos rítmicos, abdomen doloroso a la palpación con distensión abdominal y ruidos intestinales ausentes, herida quirúrgica en fosa iliaca derecha sin signos de sangrado activo, extremidades sin edema , neurológico sin déficit aparente.

Análisis: pte con cuadro de obstrucción (sic) intestinal posoperatorio en el momento con vómito y deshidratación grado II.

Fecha: 11/12/11

Hora: 11+40

Se observa Rx Abdomen que muestra niveles hidroaeres ausentes gas distal, se decide

- 1) Iniciar con paso de sonda nasogástrica # 16.
- 2) SS ecografía abdominal (p)

- 3) Se revalorara con resultados (p)
4) Reposición I : I con lactato por pérdida por sonda cada 3 horas. Julián Sierra 11/12 11 (M). Firma

Fecha: 11/12/11

Hora: 13+40

Cx Pediátrica

Paciente con Diagnostico de dolor drenaje por sonda Nasogátrica de 500 cc presencia de Reporte verbal de Eco Abdominal que no muestra colecciones Gases Arteriales con presencia de alcalosis respiratoria llamo la Atención Hiperlactatemia Hemograna con 4100 leucocitos, al examen físico presenta Disminución de Dolor respecto a examen Previo.

p/ Observación y revaloración. Pérez Firma.

Fecha: 11/12/11

Hora: 18: 15.

CX Pediátrica

Paciente quien después de 50 minutos de reanimación No responde (sic) a maniobra y muere, se considera Realizar Necropsia para Indagar Causa de Muerte, se Informa a la familia y estos Aceptan (p). Pérez firma.

Fecha: 11/12/11

Hora: 17:54.

UCIP.

Nota retrospectiva

Atiendo llamado de urgencias por paciente en paro llevo a las (sic) a las sala de reanimación, se informa que lleva 5 minutos en paro, realiza IOT con tubo 6-0 al primer intento fija en 18 cm , se continua masaje cardiaco se inicia (sic) reanimación avanzada con adrenalina se pasa dosis C/ 3 minutos hasta perdida de acceso venoso Glucometria 35 mg%, se pasa dosis de hidrocortisona 100 mg Actividad eléctrica sin pulso, se inicia bicarbonato y calcio, Posterior a perdida de acceso venoso, intento catéter femoral no pasa guía, se intenta intraósea y posteriormente se logra acceso subclavio derecho derecho.

En trazo de vicoscopio se observa (actividad) fibrilación ventricular, pulso débil se desfibrila y se continua masaje cardiaco. A pesar de medidas instauradas, después de 50 minutos de reanimación, pupilas plenas paciente sin signo vitales. Hora de la muerte 5:25 pm. Dr. Johanna Hernandez z. Peditra UNA. R.M. 8.2735/06 c.c. 32181229. Firma.

Evolucion Terapias Nutricion PSicología y otros.

Fecha: 11/12/11

Hora: 16+35. T Respiratoria.

Pte de 6 años de edad genero masculina, con diagnostico médicos 1) Sd, emético 2) Dolor Abdominal 3) POP dia 4 Apendisectomia 4) obstrucción Intestinal. Pte quien se encontraba (sic) en sala de observación pediatría, presenta paro cardiorespiratorio es llevado de inmediato a sala de reanimación medico de turno y peditra inicia maniobra de reanimación básica y avanzada se asiste intubación orotraqueal con tubo # 6 Fija en 18 cm comisura labial, peditra y medico continua con reanimación acantada con medicamentos y masaje pasando 50 minutos de reanimación, pte fallece. Dr Andrea Tarazona Rivero. Terapeuta Respiratoria R.M. 1081/09 UniBoyaca."

(Subrayado por el despacho)

- Copia del diagnóstico de radiología e imágenes diagnósticas realizado al menor Preciado Juan el 11 de diciembre de 2011, del cual se desprende que la médico radióloga Giovanna Álvarez da como hallazgos del examen los siguientes: (fls. 137-138 y 143).
 - o “ ... El hígado es de forma tamaño contornos y ecogenicidad normales. No se definen lesiones focales ni difusas.
La vena porta y las venas supra hepáticas son de curso y calibre usuales.
La vía biliar intra y extra hepática de calibre y morfología usual.
La vesícula biliar muestra una pared delgada y su contenido es anecoico.
Los riñones son de aspecto sonográfico usual. El sistema pielocalicial está dentro de límites normales.
La vejiga es de paredes delgadas y su contenidos es anecogénico. No hay imágenes o divertículos.
Importante distensión de asas intestinales gruesas con abundante contenido en su interior. No se observan colecciones aparentes ni líquido libre.
OPINIÓN
Importante distensión de asas intestinales gruesas con contenido en su interior.
Si continua sintomatología se recomienda TAC.”
- Copia auténtica de la historia clínica del menor Juan Sebastián Preciado Fuentes del Hospital Regional de Sogamoso, de la transcripción se extraer: (fl. 238 a 297).
 - o “ ... IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: abdomen agudo quirúrgico infeccioso, apendicitis aguda.
Plan: se solicita turno quirúrgico se inicia antibiótico y analgesia. 15+29: se pasa paciente a salas de cirugía pero actualmente no contamos con los recursos físicos idóneos para el procedimiento por daños en la estructura física, por lo cual se requiere programar en otro centro hospitalario, se inicia tramites de remisión paciente quien finalmente es llevado el día 7 del mes 12 del 2011 a sala de cirugía y le realizan apendicectomía, procedimiento sin complicaciones el día 8 de diciembre de 2011 paciente con adecuada evolución adecuado manejo antibiótico continua igual manejo medico el día 9 de diciembre de 2011 paciente con adecuada evolución quien se decide dar salida con recomendaciones y signos de alarma y cita de control por cirugía pediátrica..”
- Copia del proceso penal con noticia criminal 150016103080201180077 adelantados por el delito de Homicidio Culposo cuya víctima es el menor Juan Sebastián Preciado Fuentes del cual se ordenó la realización de actos urgentes donde se solicitó necropsia medio legal, causa de muerte y toxicología, se realizó por parte del funcionario de la policía judicial investigación de campo, se solicitó las historias clínicas, informe de necropsia al Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y se ofició al Tribunal Nacional de Ética Médica con el fin de que rindiera concepto respecto de los hechos ocurridos con la muerte del menor Juan Preciado, este último informó que no cuenta con competencia para pronunciarse sobre lo solicitado. (Cuaderno Anexo 1).
- Certificación del estado del proceso penal de fecha 2 de febrero de 2017 identificado con la noticia criminal 150016103080201180077, donde se informa “... que la investigación se encuentra en etapa de indagación, activa, y se encuentra en

espera de respuesta del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, derivada de órdenes de Policía Judicial en desarrollo del programa metodológico.” (fl. 313).

- Testimonio del doctor Javier Fernando Uscategui Ayala, recaudado el día 25 de abril de 2017, quien ha sido médico de la entidad demandada por más de 13 años, le consta lo que pudo establecer de la historia clínica, ya que no atendió al menor. De su declaración se resumirá lo siguiente: (fls. 337 a 339 y 340 cd.).
 - PREGUNTADO, si el menor presentó algún tipo de reacción alérgica y si se puede establecer la causa de la muerte del menor o si esta pudo haber sido congénita. CONTESTÓ, que no hay evidencia de relaciones alérgicas y de los datos de la historia clínica ni de la necropsia se puede establecer la causa de la muerte del menor ya que si esta fuera congénita los resultados de la necropsia lo mostrarían y es por eso que no cree que la muerte del menor haya ocurrido por causas congénitas.
 - PREGUNTADO, en la historia clínica se indica que a las 11:40 a.m., se allegó un resultado de la ecografía abdominal, donde la médica radióloga indicó como resultado del examen *“Importante distensión de asas intestinales gruesas con contenido en su interior. Si continua sintomatología se recomienda TAC.”*, porque si la médico había recomendado realizar un examen “TAC”, no se le realizó al menor. CONTESTÓ, para el diagnóstico de la obstrucción intestinal no se necesita, incluso para la toma del examen es necesario tomar un contraste que no es recomendable en pacientes con esa posible sintomatología.
 - PREGUNTADO, respecto de la anotación *“Reporte verbal de ecoabdominal que no muestra colecciones”* puede explicar al despacho a que se refiere esa anotación. CONTESTÓ, se trata de búsqueda de líquidos o pus en el abdomen por fuera del intestino, esto para buscar algún absceso intraperitoneal, y en este caso se puede determinar que no se encontró colecciones, el reporte verbal refiere que el médico radiólogo informó verbalmente al médico tratante sobre los hallazgos, esto con el fin de evitar demoras en los procedimientos médicos ya que hasta que se realice el informe escrito duraría más tiempo y podría llegar a generar demoras.
 - PREGUNTADO, que del día 11 de diciembre de 2011, a la 1:40 p.m. hasta las 5:54 p.m. y posteriormente las 6:15 p.m., que ya aparece consignado todo el proceso de paro cardiorrespiratorio, en relación con el lapso de 1:40 p.m. hasta las 5:54 p.m., al no existir anotaciones en la historia clínica lo que quiere decir que no se le realizó nada al paciente y de acuerdo al cuadro clínico, que procedimiento médico debió haberse realizado al paciente. CONTESTÓ, desde el punto de vista de cirugía una vez identificado una obstrucción intestinal como en este caso presuntivamente o el diagnóstico inicial se coloca una sonda nasogástrica y se deja un periodo de hidratación y si hay dolor se maneja el dolor, es decir que no se hace nada se deja en observación de las medidas iniciales y generalmente continua con este manejo hasta de 24 o 48 horas en la

medida de evitar una cirugía, pero lo primero que uno hace es lo que se realizó el manejo médico y si después del manejo médico ya se evalúa el tema quirúrgico, y se evaluaría de unas 4 a 8 horas para determinar si se debe cambiar de un manejo médico a un manejo quirúrgico.

- PREGUNTADO, desde la 1:40 p.m. no existen anotaciones, ya posteriormente aparece las anotaciones que consigna los pormenores de la reanimación del paciente, indique al Despacho como funciona los pasos a seguir una vez se hace referencia al llamado código azul. CONTESTÓ, en los pacientes que están en urgencias son atendidos por los médicos de urgencias y pediatría y si el caso es importante debe actuar el cirujano pediátrico, en el hospital se cuenta con cirugía pediátrica, no es convocado a ese tipo de complicaciones a menos que el paciente tenga una patología que lo requiera como heridas en el corazón.
 - PREGUNTADO, es usual que la médico pediatra llegara hasta después de 5 minutos que entrará el menor en paro cardiorrespiratorio. CONTESTÓ, dependiendo del día el hospital cuenta con pediatra para urgencias y un pediatra para todo el hospital, para ese momento el hospital solo contaba con un pediatra por lo que éste tenía que atender a todos los pacientes del hospital, el primer médico que debe iniciar las medidas son los médicos de urgencias y se informa al pediatra para que llegara a la reanimación.
 - PREGUNTADO, para el proceso de reanimación este debe ser realizado por un pediatra en el caso de los niños o puede ser realizado por cualquier médico. CONTESTÓ, si se está en estado de paro no se debe perder tiempo la reanimación debe ser rápida y efectiva y tiene que hacerla el personal que esté más cerca y entrenado en este caso los médicos de urgencias y el pediatra es el que debe establecer el manejo más específico más especializado en la reanimación de un paciente pediátrico.
 - PREGUNTADO, para que se utiliza en la reanimación del paciente la hidrocortisona. CONTESTÓ, es un medicamento antiinflamatorio muy potente, el uso depende del estado de la reanimación, no puede determinar por qué se aplicó en el paciente ya que no hace parte de su experticia.
 - PREGUNTADO, hay anotación de la pediatra que indica “se pasa dosis de hidrocortisona 100mg” de acuerdo a sus conocimientos médicos generales en medicina para revertir una reacción alérgica es frecuente utilizar la hidrocortisona. CONTESTÓ, el uso de ese medicamento es usual en reanimaciones pero tiene que ser aplicado en el momento exacto, si la pregunta es si el medicamento es utilizado para alergias la respuesta es sí.
- Testimonio del médico cirujano especialista en cirugía pediátrica Fernando Augusto Escobar Rivera, quien manifestó que no tiene ningún vínculo con los

demandantes, que trabaja desde el 2013 para la entidad demandada Hospital San Rafael de Tunja, que le consta lo que pudo revisar de la historia clínica, ya que no atendió al menor en el Hospital San Rafael de Tunja, sin embargo manifestó que fue el médico cirujano que realizó la operación al menor en la ciudad de Sogamoso. De su testimonio se resalta: (fls. 337 a 339 y 340 cd.).

- PREGUNTADO, cuál era el diagnóstico inicial del menor al ingreso al hospital. CONTESTÓ, ileo paralítico vs obstrucción intestinal secundaria a un estado postquirúrgico.
- PREGUNTADO POR LA APODERADA DE LA E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, cuáles son las complicaciones esperadas en un postoperatorio de una apendicectomía, CONTESTÓ, dentro de las complicaciones hay varios grupos complicaciones tempranas hablamos de abscesos o infecciones de la herida quirúrgica y las tardías podemos hablar de ileos paralíticos abscesos intraabdominales y obstrucción intestinal.
- PREGUNTADO POR LA APODERADA DE LA E.S.E Hospital San Rafael de Tunja, conoce el informe de necropsia emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el caso de Juan Sebastián Preciado en caso afirmativo manifieste el Despacho el estado en el que se encontraba la cirugía en el momento de la muerte de Juan Sebastián Preciado. CONTESTÓ, el informe de anatomía patológica de Medicina Legal habla de que encontraron una distensión de asas importante que el muñón del apéndice que es el sitio que queda después de haberse hecho la extracción del apéndice estaba completamente cerrado que no había líquido y no había signos de infección dentro de la cavidad abdominal.
- PREGUNTADO POR LA APODERADA DE LA E.S.E Hospital San Rafael de Tunja, cuál es el manejo adecuado y estipulado en la literatura médica para la sintomatología de Juan Sebastián Preciado al momento en que ingresa al hospital. CONTESTÓ, Bueno cuando tenemos un niño que presenta distensión abdominal episodios de vómitos postoperatorios lo primero que uno pensaría serían un íleo paralítico que es la falta de movilidad del intestino posterior a cirugía básicamente se trata con líquidos endovenosos en la mayoría de las veces hay que poner una sonda nasogástrica para poder descomprimir el intestino y analgésico básicamente.
- PREGUNTADO POR LA APODERADA DE LA E.S.E Hospital San Rafael de Tunja, su conocimiento y por su experiencia considera usted que existe una clara relación entre el procedimiento inicial la consulta y el manejo que se le brindó en la E.S.E Hospital San Rafael de Tunja con la causa de muerte del menor Juan Sebastián Preciado CONTESTÓ, revisando la historia lo que se puede rescatar es que lo que el menor presentó simplemente fue una complicación inicial de un proceso postoperatorio que está descrito ya sea un íleo paralítico como le decía una obstrucción intestinal creo que el manejo que se le dio según lo descrito en la historia clínica fue el adecuado encaminado alguna de esas dos patologías no veo

una relación como franca entre esa complicación y la causa de la muerte del menor.

- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, el paciente Juan Sebastián Preciado llega con una frecuencia cardíaca de 186 al primer examen físico que se le efectúa indíquenos por qué motivo razón considera ustedes que el paciente presentaba esa frecuencia cardíaca CONTESTÓ, un paciente que estamos descartando una complicación postoperatoria como las descritas ya que es un íleo o una obstrucción intraabdominal el aumento de la frecuencia cardíaca nos puede indicar dos cosas o un proceso infeccioso o dolor básicamente.
- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, la médico radiólogo que efectuó el examen establece la siguiente opinión *“importante distensión de asas intestinales gruesas con contenido en su interior si continúa sintomatología se recomienda TAC”* en qué consistía esa conclusión a la que llegó el médico radiólogo CONTESTÓ, bueno en ese informe simplemente lo que dice es que las asas intestinales están distendidas y eso puede ser producto de las dos complicaciones principales de un proceso posoperatorio que son íleo paralítico u obstrucciones intestinales si ellos sugieren un examen “TAC” nosotros personalmente dentro del servicio preferimos no solicitar tomografías abdominales en pacientes obstruidos porqué el contraste que se utiliza para las tomografías complican la oclusión del paciente, si se hace la sugerencia que hacía la doctora de radiología ellos dentro del ámbito de imágenes sugieren como la técnica que sigue en complejidad pero lamentablemente las tomografías abdominales utiliza contraste y eso agrava las obstrucciones intestinales.
- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, según lo consignado en la historia clínica a la 1:40 p.m. de ese día 11 de diciembre del año 2011, el cirujano pediátrico dice: “CX paciente con disminución de dolor drenaje por sonda nasogástrica de 500cc presencia de reporte verbal de eco abdominal que no muestra colecciones gases arteriales con presencia de alcalosis respiratoria llama la atención hiperlactatemia” explíquenos en un poco en lenguaje que nosotros podamos entender en qué consiste cada una de sus anotaciones CONTESTÓ, la nota de cirugía pediátrica lo que dice es que el paciente tiende clínicamente a la mejoría porque mejora el dolor después de la colocación de la sonda, las sondas nasogástricas son importantísimas en el manejo de los pacientes con íleo paralíticos u obstrucciones intestinales eso hace que se drene que se disminuya la tensión que tiene el intestino mejor el dolor y mejora el cuadro clínico el reporte verbal nosotros acostumbramos a tener un contacto directo con los radiólogos no esperar hasta que nos hagan un reporte para tomar alguna decisión con respecto a los pacientes es importante que en la ecografía no le observaron ninguna colección eso descarta que haya tenido un proceso infeccioso residual posterior a la cirugía sobre los gases arteriales con presencia de alcalosis respiratoria, dentro de la sangre el niño presentaba alcalosis respiratoria que es simplemente la variación en el PH de la sangre en el caso de la alcalosis respiratoria el niño empieza a respirar mucho más

rápido por el dolor y eso les produce alcalosis respiratoria por acumulación de CO₂ en la sangre y el lactato aumenta la hiperlactatemia es el aumento de lactato en la sangre eso se pueden presentar en algunos pacientes que tengan algunas patologías de base o en pacientes que tengan procesos infecciosos u otras patologías congénitas.

- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, en vista de lo que los resultados entregados por la médico radiólogo y por lo que encontraba los médicos que iban valorando al paciente y a pesar de que como se ha dicho en esta diligencia aprecian signos de una posible íleos parálíticos u obstrucción intestinal en su criterio médico lo adecuado no era someter al paciente algún procedimiento quirúrgico efectos de despejar alguna de esas dos dudas o simplemente como lo indicó en respuesta anterior mantener al paciente en observación CONTESTÓ, es el manejo inicial de los dos procesos cuando los pacientes están obstruidos dan una clínica clara cuando realmente tiene que entrar un paciente otra vez o cirugía qué es un paciente que no mejora qué es un paciente que el dolor persiste hay que entrar a cirugía y revisar en dónde están la obstrucción los íleos parálíticos no se operan pues cómo su nombre lo indica parálítico es que el intestino se queda quieto no se mueve al no moverse por eso se distiende por eso se vuelve grande entonces simplemente hay que dejarlo para que el mismo recupere su tránsito adecuado pero en el manejo inicial a nivel mundial de todos los trastornos posoperatorios siempre mejoran con líquidos analgésicos y con su sonda ese es como el manejo inicial si se observa el paciente y si el paciente requiere o tiene algún cambio abdominal o la clínica empeora entonces es donde uno toma la decisión de entrar a cirugía un paciente.
- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, en la cirugía en la ciudad de Sogamoso de apendicectomía según se consigna en la historia clínica del paciente a grandes rasgos cómo fue el procedimiento y el cuadro clínico del menor una vez realizada la cirugía y posterior salida de la institución hospitalaria donde se le llevó a cabo este procedimiento CONTESTÓ, no recuerdo con detalle pero sé que el paciente ingresó al Hospital Regional de Sogamoso por un cuadro de dolor abdominal no eran residentes en Sogamoso y creo que el niño estaba visitando la abuelita llegó con un cuadro típico de apendicitis aguda por lo cual se le realizó apendicectomía encontré una apendicitis en etapa supurativa qué son las primeras etapas del proceso apendicular se le realizó su apendicectomía de forma habitual el paciente quedó hospitalizado por 24 casi 48 horas si no estoy mal recibió antibiótico preoperatorio su analgésico y se dio de alta después de que empezó a tolerar adecuadamente la vía oral pues fue un procedimiento sin complicaciones con procedimiento que tuvo su apendicitis en etapas iniciales y se fue del hospital con un posoperatoria adecuado.
- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, en el proceso de reanimación según se consideran en la historia clínica se indica lo siguiente “se pasa dosis de hidrocortisona 100 mg” explíquenos según su conocimiento médico

en ese tipo de eventos como el que presentaba el paciente en ese momento con qué propósito se administra la hidrocortisona CONTESTÓ, la hidrocortisona es un esteroide es un medicamento que es un esteroide un antiinflamatorio que es fundamental en algunos procesos de reanimación algunos protocolos lo tienen dentro de sus medicamentos que utilizan también pues obviamente es un medicamento que es para muchas otras cosas pero dentro de los protocolos reanimación la hidrocortisona hace parte del proceso creería yo que sí estaban en el proceso de reanimación pues fue un medicamento que se puso para el proceso reanimación.

- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, cuando la historia clínica indica que no muestra colecciones eso implicaba la existencia o no de una posible peritonitis CONTESTÓ, la ausencia de colecciones intraabdominales indica que el abdomen está limpio si hablamos de colecciones de abscesos o de peritonitis hablamos de que dentro del abdomen hay un proceso infeccioso que va en camino al no tener líquido al no tener colecciones pues descarta de plano la presencia de abscesos o de algún tipo de peritonitis.
- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, en el conocimiento y de la historia clínica, si en ella se puede identificar si el paciente presentó hallazgos clínicos de una reacción alérgica CONTESTÓ, no tiene claro que en la historia clínica se indique eso.
- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, si tiene conocimiento de la causa de la muerte, CONTESTÓ, no sabe y la historia clínica no lo define.
- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, dentro del proceso de reanimación de un paciente existe algún perfil medico específico para garantizar que el resultado sea exitoso CONTESTÓ, los estados de reanimación siempre tiene que estar una persona encargada del servicio y en los estados de extrema urgencia es la persona que esté más cercana es la que debe iniciar los procesos de reanimación en los hospitales el primero que se encarga de la reanimación es el pediatra en casos de niños y posteriormente ingresa o atiende el llamado el intensivista el encargado de cuidados intensivos pediátrica, pero ante la eminencia del paro es el médico que esté más cerca.
- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, Los médicos de urgencias están capacitados para realizar las reanimaciones CONTESTÓ, claro que si los médicos de urgencias están en la capacidad de atender reanimación tanto de adultos como de pacientes pediátricos, los protocolos de reanimación ya están establecidos y todos tiene que seguirse y el protocolo ya establecido lo que significa que cualquier profesional médico tiene que seguirlos sea médico de urgencias, pediatra PREGUNTADO, en el caso del menor Juan Sebastián se cumplieron los protocolos establecidos, CONTESTÓ, claro que si de conformidad con las anotaciones de la

historia clínica se cumplieron a cabalidad los protocolos establecidos por el Hospital

- Testimonio de la doctora radióloga Giovanna Milena Álvarez Álvarez, recaudado el día 11 de octubre de 2018, manifestó que no tiene ningún vínculo con los demandantes, que trabajó para la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja pero actualmente no tiene ningún vínculo laboral, fue la médico radióloga que analizó la ecografía abdominal que se le tomo al menor el 11 de diciembre de 2011. De su testimonio se resalta (fls. 453 a 462 y 463 cd.).
 - PREGUNTADO POR EL DESPACHO, dentro de su experiencia profesional cuales son las causas de su hallazgo, CONTESTÓ, (...) Son múltiples las causas que generan que nuestro intestino grueso está lleno de gas y lo que hace es limitar el estudio por eso en la opinión se dice que tiene importante gas en su interior lo que quiere decir que no es muy concluyente y se pone a disposición del médico tratante, si le parece si necesita una tomografía para así realizar su buen diagnóstico pero eso solo es una sugerencia.
 - PREGUNTADO POR EL DESPACHO, según lo que usted no se acaba de explicar el diagnóstico de radiología puede sugerir unos hallazgos diferenciales dependiendo que tienen que ser valorados después por el médico tratante CONTESTÓ, sí señor Juez los estudios diagnósticos del tipo que sea, radiografía, ecografía cómo es este el caso no tiene ninguna validez sino son interpretados entre un contexto clínico por el médico que realmente examina al paciente que tiene acceso a toda su historia clínica demás exámenes de laboratorio realmente es un elemento que sin el examen físico del paciente y los demás estudios no tiene validez.
 - PREGUNTADO POR EL DESPACHO cómo interpretar ustedes esos resultados de esas pruebas en un contexto de un postoperatorio de apendicectomía CONTESTÓ en un contexto de un postoperatorio apendicectomía es un estudio donde inicialmente aparentemente no hay hallazgos patológicos aparentemente no hay nada que llame la atención pero la sugerencia al médico es que de acuerdo a la evolución del paciente se tome un estudio de mayor alcance esa es la opinión se le está diciendo el médico tratante mire existe esta limitación que son las asas intestinales muy distendidas pero depende de usted teniendo el contexto el posoperatorio si le parece si necesita otro estudio o si lo dejan observación o si le da salida eso quiere decir es un estudio no muy concluyente.
- Testimonio del médico Jairo Herrera Rodríguez, profesional que atendió al menor en servicios de urgencias del Hospital San Rafael de Tunja, manifestó no tener vínculo con los demandantes, trabaja en tiempos muy cortos en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja, testimonio recaudado el día 11 de octubre de 2018, de su testimonio se resalta: (fls. 453 a 462 y 463 cd.).

- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, el menor ingresó con una frecuencia cardíaca de 180 latidos por minuto desde el punto de vista médico que causas explicarían esa taquicardia en un contexto de postoperatorio por apendicectomía CONTESTÓ, en principio uno siempre espera encontrar es una fiebre pero no la tenía también eso llama la atención lo otro que sé encontró en el examen físico fue el signo de deshidratación los ojos un poquito hundidos y la mucosa un poquito seca fueron los dos signos por los cuales el manejo fue indicado, colocar los líquidos que se inició con un bolo de 400 y se le continúa con una soporte a 60 lactato.
- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, que otros exámenes por lo menos de tensión arterial se le hicieron al menor al momento del ingreso CONTESTÓ, al momento de su ingreso los signos vitales indirectamente estado de conciencia y la perfusión tisular cuando uno tiene alteración en un estado choque se puede considerar y no solamente es la tensión y la frecuencia cardíaca sino también la alteración del estado alerta y la perfusión tisular.
- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, igualmente usted nos manifiesta que el menor fue puesto en una sala de observación de pediatría si usted nos puede informar con qué equipo de monitorización se cuenta esa sala de pediatría para atender ante una situación de emergencia al menor CONTESTÓ, está en un área de urgencias en el área de pediatría es un área de urgencias donde se cuenta con un monitor que es móvil y la auxiliar y la jefe de pediatría pero siempre se mantiene la vigilancia de estos pacientes básicamente con el factor humano y como los monitores que existen queda en la misma área de urgencias no se traslada 10 metros fuera del área de urgencias y el servicio de reanimación está aproximadamente unos 20 metros.
- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, usted como médico observó que el menor presentara algún síntoma de alergia por algún medicamento CONTESTÓ, no y básicamente uno inicia con el tiempo a entender que no tenemos que arrancar un manejo con tantos medicamentos, uno inicia ya a bajar más la cantidad medicamentos para no tener ese riesgo, pero el niño no tenía ninguna característica de alergia en el momento de ingresar no.
- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, la historia clínica también arroja y de hecho es uno de los argumentos de la demanda que al menor se la aplicó lactato de ringer e hidrocortisona nos puede ilustrar para qué son esos medicamentos si de pronto la ciencia médica ha constatado alguna incompatibilidad en el uso concomitante de eso medicamentos CONTESTÓ, en principio no se encuentra interacción de medicamentos y lactato si se utiliza para los manejos de un reparación de volumen o sea se llaman soluciones isotónicas tienen la misma malaría o muy similar con la del plasma y se utiliza básicamente para expandir volumen en mi respuesta de un grado de deshidratación se coloca la solución salina o

lactato de ringer que son equivalentes en un proceso de reanimación y la hidrocortisona en el caso del niño creo que de manejo inicial no estaba no lo vi yo nunca lo formulé.

- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, según la historia clínica la hidrocortisona se le suministro cuando estaban en el proceso de reanimación CONTESTÓ, si hay una indicación dentro del proceso y algunos protocolos de reanimación que se tenía para precisamente choque refractario o sea cuando hay un paciente que le ponemos los soportes los líquidos los volúmenes y no tenemos una respuesta a esos volúmenes los soportes inotrópicos para mejorar la frecuencia del corazón entonces hay una medida que es colocar la hidrocortisona, la hidrocortisona es un corticoide es así que algunos receptores afloran para poder tener la respuesta del soporte inotrópico sea la manera de reanimación hay muchos factores en la reanimación que definitivamente sí pero ya es casi lo último en la medida desesperada desde un proceso de reanimación casi siempre se arranca con los volúmenes con la solución salina o el lactato se pasa con los soportes que son los fuerza de corazón qué es dopamina norepinefrina y adrenalina vasopresina. Pero ellos sí se nos modifican algunas variables no hay respuesta entonces en esas variables que se buscan compensar si se utiliza la hidrocortisona.
- PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, dentro de la historia clínica que aparece, paciente con cuadro de obstrucción intestinal postoperatorio en el momento con vómito y deshidratación en ese contexto tal cual como lo refiere la historia clínica el haberlo llevado oportunamente a una sala de cirugía pudo evitar o pudo cambiar el resultado CONTESTÓ, es difícil saberlo ya que el menor había sido intervenido quirúrgicamente en el Hospital de Sogamoso y no le compete a un médico de urgencias evaluar esa situación cómo último diagnóstico porque para aclarar el niño había hecho deposición entonces esa distensión pues era como algo muy difícil decirlo además se menciona un antecedente reciente amibiasis y la amibiasis también entra como un proceso de dolor abdominal y hay unos hlios o sea una disminución en la peristaltismo.
- PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, la obstrucción intestinal y el íleo paralítico tienen el mismo manejo si tienen el mismo manejo cuál es el manejo que se le da a un paciente cuando presenta obstrucción intestinal e íleo paralítico CONTESTÓ, el uso de las sondas es fundamental porque es lo va quintando la tensión interna de la parte de la pared del intestino y se colocó en el inicio de atención a pesar de que el niño había hecho deposición.
- PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, podría tener el niño en estado de infección CONTESTÓ es probable por el proceso de postoperatorio de apendicetomía que no se presentó como peritonitis sin embargo pues los estados infecciosas no es solamente es en el área quirúrgica sino más arriba muchas de las complicaciones quirúrgicas ocasionalmente es por el mal cuidado de la herida en la piel y eso se complica hacia abajo pero el

niño se veía la herida limpia lo único que mostraba era la taquicardia y la distensión abdominal no es característica frecuente de un proceso que se considere descompensación de la cirugía realmente no se podía decir que fuera directamente con la cirugía pero pues no era un postoperatorio por eso se solicitó la valoración del cirujano pediatra.

- PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, podría pensarse entonces que si podía haber un estado de infección en el menor a si fuera menor CONTESTÓ, si podría mencionarse desde el punto de vista de la amibiasis podría mencionarse desde el punto de vista de la deposición reciente y podría mencionarse por el antecedente quirúrgico pero pues no es inmediato tampoco las peritonitis o las complicaciones normalmente tienden a ser en el primer o segundo día postoperatorio no se demoran hasta el tercero cuarto y esos generan ya algunos cambios en el que hacer del médico en el enfoque de manejo.
- PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, usted cree que desde la 1:40 p.m. a 5:54 p.m. que el niño entró en paro cardiorrespiratorio faltó vigilancia médica CONTESTÓ, nosotros tenemos la vigilancia médica si el niño se hubiera ubicado inicialmente en reanimación tal vez sí, pero el niño cuando entra a observación pediátrica para colocar líquidos para hacer manejo para ir buscando definir un diagnóstico y enfocar un manejo la parte de observación o sea uno como médico no es responsable de las notas de los enfermeros y auxiliares sin embargo el niño estaba en un área de observación donde normalmente un niño no queda solito y los papás cada vez que ven a un niño descompensar hay veces uno no alcanza ni siquiera ver 3 consultas porque ellos están lo están llamando.
- PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, en la historia clínica aparece “hiperlactatemia” así definida como el aumento de lactato en la sangre y se presenta en pacientes que tengan un proceso infeccioso usted cree que el menor Juan Sebastián estaba presentado un proceso infeccioso CONTESTÓ, si así en ese contexto es altamente probable sin embargo el lactato no solo lo eleva las infecciones el lactato se eleva en los estados de hipoperfusión tisular que también la taquicardia y deshidratación que presentaba el menor podía elevar también el lactato.
- PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, es normal la utilización o es frecuente la utilización de la hidrocortisona en procesos de reanimación CONTESTÓ, la hidrocortisona se utiliza en reanimación como la última medida desesperada ante la no respuesta y es una de las últimas medidas farmacológicas que uno tiene como médico como reanimador de colocar un soporte para intentar tener una respuesta con los demás medicamentos.
- PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, las guías médicas que se estaban aplicando para la época en la que sucedieron los hechos las guías del 2010 la administración de la hidrocortisona en pacientes que presentaban paro no estaba permitida por así decirlo a menos que se sospechara de una reacción anafiláctica CONTESTÓ, las guías no son

una camisa de fuerza siempre se mencionan así y los especialistas conocen los soportes a los cuales uno puede echar mano para poder mantener la reanimación en la literatura si aparece la hidrocortisona como última medida.

- PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, por qué otra causa si no era una reacción alérgica puedo explicar que el niño haya entrado en paro si no era un proceso infeccioso CONTESTÓ, la situación era difícil y tan diversa que por eso en ese momento la nota terminó en que se solicita una necropsia clínica porque no había alguna explicación lógica clara de un cuadro característico (...) cuando nosotros no tenemos una causa directa a pesar de que tenía una cirugía nosotros no podíamos decir que fue la cirugía por eso se solicitó la necropsia clínica.
- PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, usted cree que se le suministró al menor un medicamento que hizo que enrojeciera su brazo y que toda esta reacción alérgica desencadenara finalmente en el paro cardiorrespiratorio CONTESTÓ, muy probablemente no el brazo hay dos situaciones que pueden suceder la primera es que cuando colocan el catéter en la vena el proceso infeccioso si se llegase a presentar no se presenta inmediatamente y el segundo es que sí colocan el catéter en la vena y el niño se mueve durante su canalización o se le presenta un desplazamiento de la vena se llama que la vena se infiltra ahí sí se inflama y un poco.
- PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, dentro de la historia clínica aparece que la pediatra llega a la sala de reanimación 5 minutos después de que el niño entre en paro cardiorrespiratorio cuando ella da inicio a la reanimación hay una pérdida de acceso venoso usted cree que la demora de la pediatra aunado a conseguir nuevamente ese acceso venoso pudo haber contribuido al deceso del menor CONTESTÓ, normalmente los pediatras apoyan la reanimación y la unidad de cuidado intensivo siempre va a apoyar la reanimación el niño no quedaba en paro cardiorrespiratorio esperando que baje el pediatra de la unidad de cuidado intensivo a iniciar la reanimación ya que el pediatra que de urgencias o bien por los médicos que estamos en el servicio debemos iniciar la reanimación, porque el área de reanimación es un área donde entra el paciente y se coloca una alerta qué es un timbre de una vez uno deja las actividades que esté haciendo y entra al proceso de reanimación donde se definen los grupos la canalización ahí hay situaciones en las cuales son difícil es la canalizaciones y en la reanimación es una situación bastante dispendiosa y en la medida que no se conseguía un acceso temprano por enfermería nosotros intentamos siempre llegar a un catéter intraóseo la reanimación siempre se intenta manejar en un proceso rápido para intentar el soporte.
- PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, quién debe atender cuando un niño en este caso el niño tenía 6 años quién debe atender el paro cardiorrespiratorio un pediatra, el médico general la persona que detectó el paro quién es la persona idónea para atender CONTESTÓ, en principio

el primero que lo detectó el pediatra no va a estar ahí el cirujano no va a estar ahí el cardiólogo no estar ahí, y se activa el timbre para que los demás especialistas lleguen a apoyar la reanimación.

- Testimonio del enfermero jefe Julián David Sierra Camargo, quien atendió al menor en el turno de la mañana, testimonio recaudado el día 11 de octubre de 2018, manifiesta que no tiene ningún vínculo con los demandantes, que actualmente trabaja en la E.S.E. Hospital San Rafael de Tunja en el área de hospitalización, de su testimonio se resalta: (fls. 453 a 462 y 463 cd.).
 - PREGUNTADO POR EL DESPACHO, haga un relato de los hechos que usted recuerde CONTESTÓ, ese día yo estuve en el turno de la mañana en la atención inicial al niño después de la valoración del médico de urgencias el doctor Herrera quien ordenó el paso de una sonda nasogástrica ese procedimiento lo realizamos los jefes el niño se canalizó se le pasó el bolo de lactato que indicó y continuar con sus líquidos a 60 cc hora la toma de sus laboratorios cuadro hemático electrolitos azoados se le pidió también valoración por cirugía pediátrica en el turno de la mañana se le realizaron los procedimientos y el niño quedo en observación (...) por lo que veo el especialista el cirujano pediatra pasó y revindicó las órdenes médicas del doctor Herrera y le pidió una ecografía que la ayudará a valorar con resultados y una orden nueva fue que se repusiera las pérdidas de la sonda nasogástrica y en la tarde ya no me encontraba y en la tarde veo que lo revalora el cirujano pediatra.
 - PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, según su conocimiento usted sabe para qué se utiliza la hidrocortisona CONTESTÓ, sí señora PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, usted ha estado en procesos o asistido a los doctores pediatras cirujanos en procesos de reanimación CONTESTÓ, sí señora PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, según esa experiencia es usual que ellos apliquen hidrocortisona en los procesos de reanimación CONTESTÓ, sí señora, generalmente la hidrocortisona ellos no la indican cuando el paciente está con dificultad respiratoria entonces ese es uno de los corticoides que ellos generalmente usan PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, como dice que ha estado en proceso de reanimación la hidrocortisona la pueden utilizar cuando hay paro y se hace o se aplica porque posiblemente hay una reacción infecciosa que afecta los latidos del corazón CONTESTÓ, no que yo sepa no se usa para para eso PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, si se llegara un proceso de reanimación de manera tardía usted cree que eso afectaría el éxito de la reanimación CONTESTÓ, pues sí generalmente cuando pasa cierto tiempo pues es muy complejo que el paciente salga de su paro PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, según su experiencia cuánto se considera que es un tiempo tardío CONTESTÓ generalmente una hora media hora, (...) PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, si había un proceso de infección CONTESTÓ, pues según lo que leí no en la parte inicial no decía que tuviera infección en lo que corresponde pues a mi turno.

- Testimonio de la doctora pediatra Johanna Hernández Zapata quien atendió al menor, testimonio recaudado el día 20 de junio de 2019, manifiesta que actualmente no tiene ningún vínculo con la parte demandante ni con la parte demandada, de su testimonio se resalta: (fls. 493 a 495 y 446 cd.).
 - PREGUNTADO POR EL DESPACHO, después de poner en contexto a la testigo se PREGUNTÓ, haga un recuento de lo que le conste CONTESTÓ, ese día yo estaba asignada a la unidad de cuidados intensivos pediátricos y me llamaron al servicio de urgencias porque había un niño en paro cardiorrespiratorio cuando yo llegué al servicio de urgencias el niño llevaba 5 minutos en paro conjuntamente con el equipo de reanimación que son esencialmente las personas que están en urgencias, se procede a hacer todas las maniobras de reanimación avanzadas que están contenidas en los protocolos inicialmente se procede a asegurar la vía aérea del paciente a través de una intubación orotraqueal y a su vez porque son cosas que no están haciendo una tras otra sino que muchas se hacen simultáneas, por eso es un equipo de reanimación se inician maniobras de masaje cardíaco instilación de adrenalina cada 3 minutos evaluación del ritmo cardíaco que se hace a través de un aparato que muestra la actividad eléctrica del corazón verificación del pulso el proceso de instilación de adrenalina se hace cada 3 minutos con el paciente una pérdida del acceso venoso, por lo que fue necesario buscar otros accesos hasta que finalmente ese puedo tener el acceso rápidamente y durante el paro el paciente presentó lo que nosotros llamamos la evolución de los ritmos de paro estuvo todo el tiempo digamos con sus ritmos de paro muy variables igualmente durante la reanimación se documentan cifras de glucometría bajas que en el contexto de un paciente críticamente enfermo debe hacer sospechar al personal de la salud esté cursando con una insuficiencia suprarrenal del paciente crítico motivo por el cual se administró una dosis de hidrocortisona de 100 mg a pesar de todas las maniobras que se instauraron al paciente a pesar de que cuando fue posible desfibrilar se desfibrila a pesar de que se le aplicó la adrenalina a pesar de que se aplicó la hidrocortisona el paciente después de más de 50 minutos de reanimación ya tenía pupilas plenas por lo que se suspendieron las maniobras de reanimación.
 - PREGUNTADO POR EL DESPACHO, de acuerdo a lo consignado en la historia clínica el menor Juan Sebastián Preciado Fuentes ingresó con una frecuencia cardíaca de 180 latidos por minuto desde el punto de vista científico, qué causa se explicarían de esa taquicardia en el contexto de una situación posoperatoria en la que se encontraba el paciente CONTESTÓ, la taquicardia en el paciente puede tener muchas razones me explico la frecuencia cardíaca 180 es elevada pero puede tener múltiples razones desde el momento de que el niño lo ingresan este asustado y esté llorando o pues en otros motivos que el paciente esté deshidratado o que él paciente este febril o que el paciente esté perdiendo líquido las causas por las cuales un paciente puede tener frecuencia cardíaca

elevada son múltiples no existe una sola causa hay que analizarlo en el contexto del paciente.

- PREGUNTADO POR EL DESPACHO, según la historia clínica usted nos puede indicar para qué sirve el medicamento denominado lactato de ringer y conoce usted si de pronto ese medicamento puede generar alguna alergia o efecto secundario en los pacientes CONTESTÓ, el lactato de ringer es lo que se conoce como un cristaloides es un líquido que tiene una composición de electrolitos muy similar al que contiene el plasma en la sangre para comprender entonces en lactato de ringer se utiliza en los estados donde los pacientes están deshidratados por ejemplo usamos lactato de ringer en los pacientes que no pueden tener vía oral entonces para que no se deshidrate para que tengan un volumen circulante adecuado para las funciones corporales nosotros usamos como expansor de volumen así se llama lactato de ringer la particularidad del lactato de ringer es que se parece su composición es muy similar al plasma entonces se usa todos los días en los servicios de urgencias justamente por estas características de su composición **como efectos adversos** del lactato de ringer en algunos casos puede producir lo que nosotros llamamos sobrecarga de volumen qué es que el paciente tenga un volumen o sea se le ponga mucho lactato de ringer pero desde que el riñón está funcionando bien la mayoría de las veces esa sobrecarga la elimina el cuerpo de manera natural.
- PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE, en una de las respuestas anteriores como se dice que se le aplica hidrocortisona en un paciente que se encuentra críticamente enfermo indique el despacho la razón por la que usted le aplicó al menor hidrocortisona al momento de reanimar la hidrocortisona CONTESTÓ, porque considere que estaba cursando con una insuficiencia suprarrenal del paciente crítico.
- PREGUNTADO PARTE DEMANDANTE podría explicarnos la insuficiencia suprarrenal CONTESTÓ, la insuficiencia suprarrenal del paciente crítico es una condición en la cual en pacientes que se encuentran gravemente enfermos la glándula suprarrenal no produce suficiente cantidad de cortisol el cortisol es una hormona las hormonas son mensajeros estas hormonas dependiendo el tipo de hormona van algunas clases de células y movilizan los recursos para que en el caso del cortisol el cuerpo pueda responder una situación de estrés en el caso de los pacientes críticamente enfermos y sobre todo a la luz de los conocimientos de esa época hace 8 años porque eso se ha revaluado un poco actualmente lo que pasaba si ustedes revisan la historia es que los niveles de azúcar la glucometría estaban bajos entonces en un paciente que está críticamente enfermo que tiene unos niveles muy bajos de glucosa que ya ha recibido varias dosis de adrenalina para ese momento nosotros debemos sospechar que lo que está sucediendo es que no haya suficiente cortisol el tratamiento para una insuficiencia suprarrenal del paciente crítico es la aplicación de hidrocortisona, la hidrocortisona es un medicamento que es un derivado químico o es una molécula cuya estructura es similar a la del cortisol

entonces tratándose que el cuerpo reciba es de cortisol que nosotros pensamos en este momento le está pasando por qué es un momento de urgencia en un paciente que se está muriendo considerando eso se le aplicó ese medicamento.

- PREGUNTADO APODERADA DEMANDANTE, en la historia clínica se evidencio la presencia de una infección en el menor o un proceso infeccioso en el menor CONTESTÓ, yo no vi en la historia clínica que se hubiera documentado algún proceso infeccioso es que el niño estuvo desde las 11 de la mañana hasta las 5 de la tarde pues en ese momento dentro de la historia que usted me pasó ya no vi que nadie documentar un resultado que fuera sugestivo de una infección.
- PREGUNTADO ENTIDAD DEMANDADA de acuerdo a una respuesta en el relato en el que señaló que usted tuvo contacto con el menor cuando llevaba 5 minutos en proceso de paro cardiorrespiratorio señaló que se les hicieron todas las maniobras que los protocolos indican para estos casos también manifestó que duraron aproximadamente 50 minutos de reanimación yo quisiera que le precisará el Despacho si existe algún tiempo establecido en la literatura para determinar cuanto más en estas figuras de reanimación se deben hacer o simplemente así como puede ser 50 minutos pueden ser 10 minutos dependiendo del caso CONTESTÓ, quiero responder a la señora abogada que no existe un tiempo en el que se diga que las maniobras de reanimación deben ser suspendidas lo que sí se sabe es algunas condiciones bajo las cuales las maniobras de reanimación si se deben continuar es cuando hay condiciones de hipotermia (...) y aquellas condiciones donde haya digamos evidencia eléctrica del corazón. (...) sabemos que después de 30 minutos de reanimación las posibilidades de que haya complicaciones neurológicas graves son muy altas de que un paciente digamos que salga de un paro después de 30 minutos si sale pues lo que dice la literatura está llena de esta probabilidad de que el compromiso neurológico sea muy grave pero no existe un tiempo establecido salvo esa excepción que yo les acabo de decir.
- PREGUNTADO PARTE DEMANDADA de acuerdo a su experiencia si es cierto que la aplicación de la hidrocortisona y bueno en la posterior paro cardiorrespiratorio haya sido posible una condición alérgica dicho medicamento CONTESTÓ hay varias la primera yo apliqué la hidrocortisona fue por una sospecha de una insuficiencia suprarrenal del paciente y como ya se lo expliqué (...) donde se daña el acceso venoso por así decirlo es una situación supremamente común en los hospitales digamos que la aguja o el capuchón de la aguja se mueve lo cual es posible en un niño los niños se mueven mucho la aguja se mueve entonces el líquido que sale del vaso y se extravasa causa lo que se **conoce como una flebitis** la verdad es la historia clínica y dentro de lo que yo pude recordar del proceso **no hubo elementos que me lleven a pensar que el paciente tenía una reacción alérgica grave en la historia clínica yo no escribí que el paciente tuviera de la vía aérea yo**

no le vi lesiones en la piel pues no había otros signos o lesiones generalizadas que una reacción alérgica grave quiero decir pues yo no le vi la verdad es que eso es un dato tan importante que hubiera estado en la historia clínica como les digo yo les puedo decir son tres cosas diferentes la primera es que se dio posiblemente una flebitis la segunda la razón por la cual yo apliqué la hidrocortisona fue por la sospecha de una insuficiencia suprarrenal del paciente crítico y la tercera que hasta el momento como les explique previamente yo no he leído en la literatura que el lactato de ringer causa reacciones alérgicas por qué el lactato de ringer en términos muy coloquiales y poco científicos es agua con sal.

X. CASO CONCRETO

ELEMENTOS DE LA RESPONSABILIDAD EXTRA CONTRACTUAL

10.1. El daño

El daño es toda lesión o menoscabo de un interés jurídico que la persona no está en el deber jurídico de soportar. Para su configuración, es necesario que se verifique que es cierto, personal y antijurídico.

El daño constituye desde la óptica de los hechos un fenómeno de orden físico, esto es, la aminoración o alteración de una situación favorable de la persona (elemento material); ahora, la calificación de su antijuridicidad depende de su oposición directa con el ordenamiento jurídico, en la medida en que éste no imponga la obligación de soportar la carga dañosa (elemento formal).

Así las cosas, se tiene que el daño deprecado en la demanda consiste en el fallecimiento del niño Juan Sebastián Preciado Fuentes el 11 de diciembre de 2011 en las instalaciones del Hospital San Rafael de Tunja.

De este evento dan cuenta la epicrisis del niño Juan Sebastián Preciado Fuentes; el informe pericial de Necropsia del menor Juan Sebastián Preciado Fuentes expedido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el concepto emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, los testimonios, entre otros; en estas condiciones se encuentra acreditado el primero elemento de la responsabilidad extracontractual.

10.2. De la imputación

Establecida la existencia del daño es necesario verificar si este es imputable o no a la demandada E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA.

La imputación del daño al Estado depende de que su causación obedezca a la acción u omisión de la autoridad pública, o en otras palabras que en desarrollo del servicio público o en nexo con él se cause un daño (elemento fáctico), excluyendo de esa forma el hecho personal del agente; además, para el presente asunto, se exige que la actuación estatal haya sido irregular, tardía o negligente (elemento jurídico).

En la demanda se pretendió derivar la responsabilidad de esta entidad de su presunto actuar imprudente por cuanto según la parte actora, con posterioridad al ingreso del niño el 11 de diciembre de 2011, por reacción alérgica a los medicamentos suministrados en la fase inicial de la atención y posteriormente en la reanimación.

Del material probatorio recabado se puede determinar que el niño Juan Sebastián Preciado Fuentes, le fue realizada cirugía de apendicectomía en el Hospital Regional de Sogamoso el 7 de diciembre de 2011, procedimiento que según reposa en la historia clínica tuvo una adecuada evolución, por lo que decidió el 9 de diciembre dar de alta al menor. Esta situación es reafirmada por el cirujano pediátrico Fernando Augusto Escobar Rivera, especialista que realizó el procedimiento quirúrgico en el Hospital Regional de Sogamoso, quien al ser indagado sobre la intervención manifestó: *“paciente ingreso al Hospital Regional de Sogamoso por un cuadro de dolor abdominal no eran residentes en Sogamoso y creo que el niño estaba visitando la abuelita llegó con un cuadro típico de apendicitis aguda por lo cual se le realizó apendicectomía encontré una apendicitis en etapa supurativa qué son las primeras etapas del proceso apendicular se le realizó su apendicectomía de forma habitual el paciente quedó hospitalizado por 24 casi 48 horas si no estoy mal recibió antibiótico preoperatorio su analgésico y se dio de alta después de que empezó a tolerar adecuadamente la vía oral pues fue un procedimiento sin complicaciones con procedimiento que tuvo su apendicitis en etapas iniciales y se fue del hospital con un posoperatorio adecuado”*.

Quedó probado en igual forma, que posteriormente ingresó al Hospital San Rafael de Tunja por el área de urgencias y fue atendido por el médico Jairo Herrera Rodríguez, quien en su testimonio relató que el niño ingresó por un cuadro de postoperatorio de apendicectomía y en el examen físico se determinó *“signo de deshidratación los ojos un poquito hundidos y la mucosa un poquito seca fueron los dos signos por los cuales el manejo fue indicado, colocar los líquidos que se inició con un bolo de 400 y se le continúa con una soporte a 60 lactato”*, que fue puesto en el área de pediatría el cual cuenta con su monitor y vigilancia por el factor humano; indicó que el diagnóstico inicial fue íleo paralítico vs obstrucción intestinal, diagnóstico que fue corroborado por los testimonios de los médicos citados a declarar en el proceso; los declarantes también fueron coherentes en indicar que para las dos patologías se ha establecido por la ciencia médica el mismo procedimiento el cual consiste en la *“colación de una sonda nasogástrica y se deja un periodo de hidratación y si hay dolor se maneja el dolor”*. En el testimonio rendido por el enfermero jefe Julián David Sierra Camargo indicó *“el médico de urgencias el doctor Herrera quien ordenó el paso de una sonda nasogástrica ese procedimiento lo realizamos los jefes el niño se canalizó se le pasó el bolo de lactato que indicó y continuar con sus líquidos a 60 cc hora la toma de sus laboratorios cuadro hemático electrolitos”*. Las anteriores manifestaciones cobran soporte en la historia clínica de atención del niño, en la cual, se registró:

“Evolución Médica

Fecha: 11/12/11

Hora: 11+40

Valoraciones Cx Pediátrica.

MC vómito y dolor abdominal

EA: Paciente en 4º día de POP apendicectomía en Sogamoso, con cuadro clínico de aproximadamente 20 horas de evolución consistente en dolor abdominal y múltiples episodios eméticos de tipo alimenticio.

(...)

Se observa Rx Abdomen que muestra niveles hidroaeres ausentes gas distal, se decide

- 1) Iniciar con paso de sonda nasogástrica # 16.
- 2) SS ecografía abdominal (p)
- 3) Se revalorara con resultados (p)
- 4) Reposición I : I con lactato por pérdida por sonda cada 3 horas. Julián Sierra 11/12 11 (M). Firma”

Destaca el Juzgado que la impresión diagnóstica y el manejo dispuesto por el médico, amén de no existir medios probatorios que lo rebatan, indican que el plan dispuesto por el doctor HERRERA RODRIGUEZ era el adecuado y pertinente para tratar la sintomatología que el menor presentaba.

Lo anterior cobra mayor importancia, respecto al suministro de lactato de ringer al niño, pues pese a que la parte actora en innumerables manifestaciones ha señalado que generó una reacción alérgica en el brazo del menor, no controvertió el acierto o desacierto de esta prescripción médica. Lo anterior aunado a que el informe de necropsia realizado por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, al realizar el examen externo al cadáver, observó simplemente “signos de tratamiento hospitalario con herida quirúrgica lineal suturada a nivel de fosa iliaca derecha, se observa cianosis labial moderada, piel seca y corneas con leve deshidratación”. En estas condiciones, se observa que el procedimiento de implantar sonda nasogástrica al paciente no ocasionó ninguna reacción adversa al mismo, más cuando, el lactato de ringer no corresponde a un medicamento sino a una solución estéril no pirógena de administración venosa, usada para la reposición de fluidos, electrolitos, y en casos de cirugías para llenado vascular.

Como se aprecia lo referenciado hasta aquí, se puede determinar que no existen dentro del proceso pruebas que determinen que el menor haya presentado una reacción alérgica, como lo manifestó el demandante, ya que el lactato de ringer, según informado en los testimonios de los galenos y de acuerdo a la literatura médica, no genera alergia a los pacientes, en el lenguaje didáctico, la médico pediatra Johanna Hernández Zapata definió que “el lactato de ringer en términos muy coloquiales y poco científicos es agua con sal.”

En cuanto al enrojecimiento presentado en el brazo del menor, quedó demostrado que este tuvo origen en los movimientos bruscos del menor, conforme a lo dicho por el médico Jairo Herrera Rodríguez quien manifestó “muy probablemente no el brazo hay dos situaciones que pueden suceder la primera es que cuando colocan el catéter en la vena el proceso infeccioso si se llegase a presentar no se presenta inmediatamente y el segundo es que sí colocan el catéter en la vena y el niño se mueve durante su canalización o se le presenta un desplazamiento de la vena se llama que la vena se infiltra ahí sí se inflama un poco.” así mismo la médico pediatra Johanna Hernández Zapata sobre el mismo tema manifestó “donde se daña el acceso venoso por así decirlo es una situación supremamente común en los hospitales digamos que la aguja o el capuchón de la aguja se mueve lo cual es posible en un niño los niños se mueven mucho la aguja se mueve entonces el líquido que sale del vaso y se extravasa causa lo que se **conoce como una flebitis** la verdad es la historia clínica y dentro de lo que yo pude recordar del proceso **no hubo elementos que me lleven a pensar que el paciente tenía una reacción alérgica grave en la historia clínica yo no escribí que el paciente tuviera de la vía aérea yo no le vi lesiones en la piel pues no había otros signos o lesiones generalizadas que una reacción alérgica grave quiero decir pues yo no le vi la verdad es que eso es un dato tan importante que hubiera estado en la historia clínica”. De**

igual manera se puede determinar de los testimonios rendidos por los demás médicos, que el menor no presentaba alergias, de lo anterior da cuenta la Historia Clínica allegada por el Hospital Regional de Sogamoso (fls. 292-297), en la cual se consignó que dentro del plan de atención se ordenó la aplicación de “*Lactato de Ringer 4000 ccc bolo 70cc/h*”, argumento que determina que el menor no sufrió una reacción alérgica por la aplicación del medicamento como lo sostiene la parte demandante, ya que si el menor presentara una reacción desfavorable a dicha solución es altamente probable que inclusive presentara complicaciones en la atención recibida en el Hospital Regional de Sogamoso y como se puede establecer su evolución en dicha institución fue ello no fue así.

En los hechos 16, al 19, 24, 25. 27 y del 29 al 30, sostiene la parte actora que la aplicación del medicamento “hidrocortisona” al momento de la reanimación causó otra reacción alérgica que llevo al menor al paro cardiorrespiratorio y finalmente a su fallecimiento.

Frente a la aplicación del medicamento “*hidrocortisona*” quedó demostrado que si bien se trató de un corticoide utilizado en pacientes que sufren de alergias, en el caso del menor Juan Sebastián Preciado Fuentes también fue utilizado en el proceso de reanimación por la médico pediatra Johanna Hernández Zapata, quien en testimonio al preguntarle sobre la aplicación del medicamento indicó “*porque considere que estaba cursando con una insuficiencia suprarrenal del paciente crítico*”. Que según lo probado y lo expuesto por testimonios se puede determinar que la “*guía aha de reanimación de 2010*”, la cual aplicaban por la época de los hechos aceptaban la aplicación de la “hidrocortisona” en ciertos momento de reanimación de los pacientes críticos.

En otras palabras, el uso de hidrocortisona como causa del deceso del paciente no es a juicio del Despacho más que una opinión de la demanda que no encuentra respaldo en prueba científica o técnica allegada al proceso.

Vale decir, no se demostró que la dosis suministrada fuera exagerada para el cuadro clínico o excesivo a niveles mortales, de modo que el Despacho no encuentra acreditada falla alguna en el servicio, derivada de un error diagnóstico¹⁵ o una inadecuada prescripción de medicamentos en cantidades o clases, fuera de los protocolos médicos.

Tampoco puede reputarse falla del servicio a la intervención posterior del personal médico en las maniobras de reanimación, pues la historia clínica denota una acción oportuna en ese sentido, iniciada con el traslado inmediato del menor de las salas de

¹⁵ En sentencia de 23 de junio de 2010 (expo. 19101) la Sección Tercera se refirió al error diagnóstico en tratándose de responsabilidad del Estado por falla en la prestación del servicio médico y sobre el particular dijo que: *Uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico lo constituye el diagnóstico (...) Las fallas en el diagnóstico de las enfermedades y el consecuente error en el tratamiento están asociadas, regularmente, a la indebida interpretación de los síntomas que presenta el paciente o a la omisión de la práctica de los exámenes que resultaban indicados para el caso concreto. Por lo tanto, cuando el diagnóstico no es 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 cuál es la enfermedad que sufre el paciente. (...) 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 servicio y que dicha falla fue causa eficiente del daño. – Destaca el Juzgado-*

observación pediátrica a UCI pediátrica, donde se dio inicio a maniobras básicas y avanzadas de reanimación durante 50 minutos.

Esto fue registrado por la Doctora Johana Hernández – Pediatra, en la historia clínica así. “... Atiendo llamado de urgencias por paciente en paro llevo a las (sic) a las sala de reanimación, se informa que lleva 5 minutos en paro, realiza IOT con tubo 6-0 al primer intento fija en 18 cm , se continua masaje cardiaco se inicia (sic) reanimación avanzada con adrenalina se pasa dosis C/ 3 minutos hasta perdida de acceso venoso Glucometria 35 mg%, se pasa dosis de hidrocortisona 100 mg Actividad eléctrica sin pulso, se inicia bicarbonato y calcio, Posterior a perdida de acceso venoso, intento catéter femoral no pasa guía, se intenta intraósea y posteriormente se logra acceso subclavio derecho derecho. En trazo de vicoscopio se observa (actividad) fibrilación ventricular, pulso débil se desfibrila y se continua masaje cardiaco. A pesar de medidas instauradas, después de 50 minutos de reanimación, pupilas plenas paciente sin signo vitales. Hora de la muerte 5:25 pm.”

Encuentra asidero la actuación de la accionada, en el concepto emitido por el Instituto de Medicina Legal y ciencias Forenses, solicitado dentro de la noticia criminal No. 150016103980201130027 suscrito por el profesional especializado forense Argemiro Pineda Arango con fecha del 8 de octubre de 2013, quien después de realizar el estudio del caso consideró **“EL MANEJO EN URGENCIAS, LOS ESTUDIOS PARACLÍNICOS Y EL TRATAMIENTO INSTAURADO AL MENOR JUAN SEBASTIÁN PRECIADO FUENTES EN LA E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA FUE EL ADECUADO TENIENDO EN CUENTA LOS PROTOCOLOS PARA EL MANEJO DE ESTE TIPO DE PATOLOGÍAS”**

Con relación al argumentó expuesto por la parte demandante al afirmar que los galenos de la entidad demandada no solicitaron de la madre el consentimiento informado para realizar el tratamiento médico al menor Juan Sebastián Preciado Fuentes, el Despacho considera que no constituye una falla en el servicio médico ya que el artículo 14 de la Ley 23 de 1981 dispone “El médico no intervendrá **quirúrgicamente** a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, **a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata**”. Sobre el particular La Corte Constitucional al pronunciarse sobre el consentimiento de niños niñas y adolescentes indicó: “No obstante, la Corte **ha señalado que la protección prevalente de los derechos de los niños, niñas y adolescentes es una razón válida para restringir el derecho del paciente o de su representante legal a objetar la realización de un procedimiento médico**. En razón de ello ha señalado que ciertas determinaciones de los padres o los tutores no son constitucionalmente legítimas, por ejemplo, por cuanto ponen en peligro la vida de los menores de 18 años. Sobre el particular ha privilegiado los derechos de los niños frente a las creencias religiosas¹⁶”. Concluyó la Corte, que “una lectura sistemática e integral de la disposición permite concluir que ésta no establece, como lo entiende el demandante, una autorización general para el personal médico de practicar procedimientos médicos sin el consentimiento de los representantes legales, sino que señala que en **los casos de urgencia manifiesta** que ponga en peligro la vida de los infantes, el sistema de salud debe actuar de forma inmediata, incluso cuando no sea posible obtener dicha aquiescencia¹⁷”. Así entonces, de la atención recibida por el menor en el área de urgencias del Hospital San Rafael de Tunja al ordenar la sonda nasogástrica, aplicación de lactato de ringer y la toma de la ecografía abdominal, ni en el procedimiento de reanimación, era necesario el consentimiento informado por la urgencia manifiesta que

¹⁶ CORTE CONSTITUCIONAL. Magistrado Ponente: Jorge Ignacio Pretelt Chaljub. Sentencia del treinta (30) de noviembre de dos mil once (2011). Radicación número: C-900/11.

¹⁷ *Ibidem*.

presentó el niño Juan Sebastián Preciado con motivo de las complicaciones presentadas en el postoperatorio. (Negrilla y subrayado por el Despacho)

En estas condiciones, el Juzgado no encuentra en la atención suministrada por la ESE Hospital San Rafael de Tunja al niño Juan Sebastián Preciado, defecto que se subsuma o califique como una falla del servicio médico asistencial.

10.3 Conclusiones.

Como quiera que se ha concluido que la ESE Hospital San Rafael de Tunja no incurrió en ningún defecto o vicio constitutivo de falla del servicio médico-asistencial y paramédico, por los aspectos analizados, no existe tampoco nexo de causalidad entre el hecho dañoso, correspondiente a la muerte del niño Juan Sebastián Preciado y su actuación en el marco de la prestación de servicios de salud, que por demás se encontró idónea, toda vez que justamente, la parte actora no probó que aquella fuera constitutiva de un mal funcionamiento del servicio que prestaba, lo que bastará para negar las pretensiones de la demanda.

XI. COSTAS

De conformidad con el artículo 188 del C.P.A.C.A. en la sentencia se dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del C.G.C.

En el presente caso no se condenará en costas a la parte vencida, acogiendo los siguientes argumentos del órgano de cierre de la Jurisdicción:

“El criterio de aplicación de las normas sobre condena en costas en desistimiento de la demanda, debe atender al carácter del conflicto suscitado en la Jurisdicción de lo Contencioso Administrativo, pues tal y como lo planteó el recurrente, la filosofía de esta figura en el derecho civil es diferente a la ventilada en asuntos como el de la referencia por el carácter público de una de las partes en conflicto, que entre otras cosas, ha justificado en Colombia la existencia de una jurisdicción especializada e independiente de la ordinaria.

En ese orden, como las costas procesales se orientan a sancionar el ejercicio abusivo de los instrumentos judiciales o el desgaste procesal innecesario de la parte demandada y de la propia administración de justicia¹⁸, su reconocimiento debe atender tal naturaleza y las circunstancias de cada caso. (...)¹⁹

Es decir que, en materia de costas, aún bajo la égida de la Ley 1437 de 2011 no cabe la condena automática a la parte vencida, sino que habrá que considerar: (i) la

¹⁸ Sentencia T-342 de 2008: “Al respecto cabe señalar, que de acuerdo a la jurisprudencia de esta Corporación, se entiende por costas procesales los gastos que se deben sufragar en el proceso; la noción incluye las expensas y las agencias en derecho. Las expensas son las erogaciones distintas al pago de los honorarios del abogado, tales como el valor de las notificaciones, los honorarios de los peritos, los impuestos de timbre, copias, registros, pólizas, etc.¹⁸. Las agencias en derecho corresponden a los gastos por concepto de apoderamiento dentro del proceso, que el juez reconoce discrecionalmente a favor de la parte vencedora atendiendo a los criterios sentados en el numeral 3° del artículo 393 del C.P.C.¹⁸, y que no necesariamente deben corresponder a los honorarios pagados por dicha parte a su abogado.”

¹⁹ Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Primera. Consejero ponente GUILLERMO VARGAS AYALA. Bogotá, 17 de octubre de 2013. Radicación 150012333000201200282. Actor: AUGUSTO VARGAS SÁENZ. Demandado: Ministerio de minas y energía.

naturaleza de los conflictos que se resuelven en la Jurisdicción Contencioso Administrativa, que no tienen un contenido puramente económico, sino que está involucrado el interés público y el reclamo de derechos de los ciudadanos ante la administración, ámbito distinto al de la jurisdicción civil, así como las circunstancias particulares del caso. (ii) el fundamento de las costas procesales es sancionar el abuso del derecho o el desgaste judicial innecesario, por ello cabe el análisis de la conducta de las partes en el debate, las costas no pueden ser impuestas atendiendo simplemente el razonamiento objetivo de ser vencido en juicio. En este caso no observa el Despacho que alguna de las partes haga uso temerario del recurso judicial, ni está demostrado que la administración haya desconocido los deberes que le impone el artículo 10 del C. P. A. C. A., razón por la cual se abstendrá de imponer condena en costas, pues bajo la nueva interpretación que hace el Consejo de Estado del artículo 188 del C. P. A. C. A., cabe aún contemplar en este procedimiento argumentos distintos a ser vencido en juicio, debiendo estudiar el Juez las características particulares de cada debate antes de condenar en costas.

XII. DECISIÓN

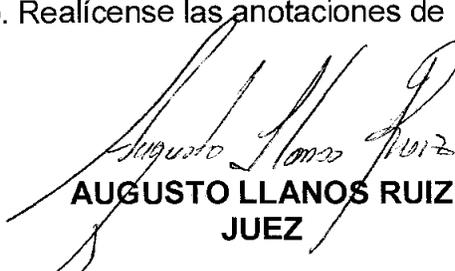
En mérito de lo expuesto, el Juez Primero Administrativo Oral del Circuito de Tunja, administrando justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley.

XIII. FALLA

PRIMERO.- Niéguese las pretensiones de la demanda, por las razones expuestas en la parte motiva.

SEGUNDO.- Sin condena en costas.

TERCERO.- En firme esta providencia archívese el expediente, dejando previamente las anotaciones y constancias de rigor. Si existe excedente de gastos procesales, devuélvase al interesado. Realícense las anotaciones de rigor en el sistema siglo XXI.


AUGUSTO LLANOS RUIZ
JUEZ

Wp

Sentencia de Reparación Directa radicado bajo el No. 2014-00157