



**JUZGADO SESENTA Y UNO (61) ADMINISTRATIVO DEL
CIRCUITO DE BOGOTÁ
SENTENCIA No. 28**

Bogotá D.C., dieciocho (18) de mayo de dos mil veinte (2020)

M. DE CONTROL: Reparación Directa
RADICACIÓN: 11001333672220140004800
DEMANDANTE: Diana Milena Vásquez y otros
DEMANDADOS: Hospitales Centro Oriente II Nivel E.S.E. y Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. (ahora Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E.) y Fundación Hospital de La Misericordia.
LLAMADA EN GARANTÍA: Seguros del Estado S.A.

1. ASUNTO

Una vez surtido el trámite procesal sin que se observe causal de nulidad que invalide lo actuado, procede esta instancia judicial a emitir sentencia en el proceso de la referencia, acción de reparación directa impetrada por Diana Milena Vásquez, Laura Valentina Ávila Vásquez (menor), Óscar Fabián Sandoval (menor), Alicia Galvis Ramírez, River Gentil Rico Galvis y Gentil Rico Cortes, a través de apoderado, por los perjuicios causados presuntamente por la presunta falla en el servicio médico en la atención de salud prestada al menor Y.S.R.V por la Fundación Hospital la Misericordia, el Hospital Rafael Uribe y el Hospital Centro Oriente, que lo llevaron a su deceso el 21 de mayo de 2013.

2. TEMA PRINCIPAL TRATADO

Responsabilidad patrimonial de las entidades demandadas por una presunta falla en atención médica que llevó a la muerte a un menor de edad.

3. ANTECEDENTES

3.1. Pretensiones de la demanda

La demanda se presentó el 20 de junio de 2014 (fls. 71-83 c.1), a través de apoderado judicial, con las siguientes pretensiones:

"PRIMERA. Que se declare ADMINISTRATIVAMENTE Y PATRIMONIALMENTE RESPONSABLE a la E.S.E HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL, E.S.E HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE Y FUNDACIÓN HOSPITAL LA MISERICORDIA, por la falla en la prestación de servicio que llevo al deceso del menor YILVER STICK RICO VÁSQUEZ.

SEGUNDA. Que se declare que las entidades E.S.E HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL, E.S.E HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE Y FUNDACIÓN HOSPITAL LA MISERICORDIA, debe reconocer y pagar la totalidad de del valor de los perjuicios causados con ocasión de la falla en el servicio de salud que conllevo al deceso del menor, YILVER STICK RICO VÁSQUEZ, así:

A. PERJUICIOS MATERIALES

(se cita lo pertinente)

1. Reconozca y pague a DIANA VÁSQUEZ, progenitora del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes 2. Reconozca y pague a RIVER GENTIL

9

RICO GALVIS, progenitor del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.

3. Reconozca y pague a LAURA VALENTINA ÁVILA VÁSQUEZ, hermana del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.

4. Reconozca y pague a ÓSCAR FABIAN SANDOVAL VÁSQUEZ, hermano del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.

5. Reconozca y pague a ALICIA GALVIS RAMÍREZ, Abuela paterna del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.

6. Reconozca y pague a GENTIL RICO CORTÉS, Abuelo materno del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.

C. DAÑO EN VIDA EN RELACIÓN

1. Reconozca y pague a DIANA VÁSQUEZ, progenitora del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes

2. Reconozca y pague a RIVER GENTIL RICO GALVIS, progenitor del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.

3. Reconozca y pague a LAURA VALENTINA ÁVILA VÁSQUEZ, hermana del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.

4. Reconozca y pague a ÓSCAR FABIAN SANDOVAL VÁSQUEZ, hermano del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.

5. Reconozca y pague a ALICIA GALVIS RAMÍREZ, Abuela paterna del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.

TERCERA Que se declare que la entidad E.S.E HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL, E.S.E HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE Y FUNDACION HOSPITAL LA MISERICORDIA, debe dar cumplimiento a la sentencia, en los términos de los artículos 140 y 195 del C. C. A.

Como consecuencia de las anteriores DECLARACIONES me permito solicitarle al despacho profiera las siguientes:

CONDENAS

PRIMERA. Que se condene ADMINISTRATIVAMENTE Y PATRIMONIALMENTE RESPONSABLE a la DEL E.S.E HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL, E.S.E HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE Y FUNDACIÓN HOSPITAL LA MISERICORDIA, por la falla en la prestación de servicio que llevo al deceso del menor YILVER STICK RICO VÁSQUEZ

SEGUNDA. Que se condene a las entidades E.S.E HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL, E.S.E HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE Y FUNDACIÓN HOSPITAL LA MISERICORDIA, a reconocer y pagar la totalidad de del valor de los perjuicios causados con ocasión de la falla en el servicio de salud que conllevo al deceso del menor, YILVER STICK RICO VÁSQUEZ, así:

A. PERJUICIOS MATERIALES

LUCRO CESANTE

POR PERÍODO INICIAL A INDEMNIZAR DE LOS 16 AÑOS

(Se cita lo pertinente)

B. PERJUICIOS MORALES

1. Reconozca y pague a DIANA VÁSQUEZ, progenitora del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes

2. Reconozca y pague a RIVER GENTIL RICO GALVIS, progenitor del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.

3. Reconozca y pague a LAURA VALENTINA ÁVILA VÁSQUEZ, hermana del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.

4. Reconozca y pague a ÓSCAR FABIAN SANDOVAL VÁSQUEZ, hermano del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.

(Se cita lo pertinente)

5. Reconozca y pague a ALICIA GALVIS RAMÍREZ, Abuela paterna del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.

6. Reconozca y pague a GENTIL RICO CORTÉS, Abuelo materno del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.

C. DAÑO EN VIDA EN RELACIÓN

1. Reconozca y pague a **DIANA VÁSQUEZ**, progenitora del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes
2. Reconozca y pague a **RIVER GENTIL RICO GALVIS**, progenitor del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.
3. Reconozca y pague a **LAURA VALENTINA ÁVILA VÁSQUEZ**, hermana del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.
4. Reconozca y pague a **ÓSCAR FABIAN SANDOVAL VÁSQUEZ**, hermano del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.
5. Reconozca y pague a **ALICIA GALVIS RAMÍREZ**, Abuela paterna del menor causante la suma de cien (100), salarios mínimos mensuales legales Vigentes.

TERCERA. Que se declare que la entidad **E.S.E HOSPITAL CENTRO ORIENTE II NIVEL. EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL, E.S.E HOSPITAL RAFAEL URIBE URIBE Y FUNDACIÓN HOSPITAL LA MISERICORDIA**, debe dar cumplimiento a la sentencia, en los términos de los artículos 140 y 195 del C. C. A." (fls. 40-44 c.1).

a. Hechos relevantes de la demanda:

El sustento fáctico relevante que origina el estudio del presente asunto y que se plasmó en la demanda es el siguiente:

- a. Y.S.R.V (q.e.p.d), hijo de la demandante Diana Milena Vásquez, fue llevado a la Fundación Hospital La Misericordia de Bogotá, el 6 de mayo de 2013, presentando como síntomas fiebre y otros malestares.
- b. El pediatra de la Fundación Hospital La Misericordia, en la atención de urgencias, indicó que el menor presentaba fiebre no especificada, por lo cual le dio de alta junto con algunas recomendaciones. Como tratamiento se le ordenó acetaminofén.
- c. El 9 de mayo de 2013, el infante fue llevado al Cami Chircales del Hospital, perteneciente al Hospital Rafael Uribe Uribe, por presentar nuevamente fiebre. En dicho centro médico le tomaron exámenes y radiografías, le diagnosticaron bronquiolitis no avanzada y le dijeron a su mamá que se podía manejar su dolencia en la casa con medicamentos. Como tratamiento le recetaron: salbutamol, acetaminofén y loratadina para la tos.
- d. Durante los siguientes ocho días, el niño no presentó ninguna alarma.
- e. El 17 de mayo de 2013, a las cuatro de la tarde, el menor Y.S.R.V volvió a presentar fiebre de 38.6 grados. La señora Vásquez acudió a la E.S.E. Hospital Centro Oriente de Bogotá y el niño fue hospitalizado.
- f. El médico de urgencias, le dijo a la hoy actora que lo único que tenía el infante era amigdalitis, garganta infectada, razón para recetarle antibiótico y dipirona. Luego le dieron la salida. Momentos antes de salir, el niño presentó taquicardia, el médico de urgencias ordenó que le colocaran oxígeno y manifestó que el niño se quedaba en observación, mientras lo valoraba el pediatra de turno.
- g. El 18 de mayo de 2013, a las 7 de la mañana, el pediatra que recibió turno le manifestó a la señora Vásquez que su hijo presentaba neumonía y que no era de preocuparse, pero que lo iban a hospitalizar para tratarlo. Iniciaron tratamiento con antibiótico, pero en ningún momento el menor tuvo mejoría, la fiebre era más intensa.
- h. La hoy petente llevó, a las 5 de la tarde del 20 de mayo de 2013, los exámenes y el médico de turno, Dr. Juan Carlos Penagos, le dijo que según los resultados el paciente había empeorado, por lo que se necesitaba cambiar el antibiótico.
- i. Juan Carlos Penagos, dio la orden de cambiar el antibiótico tipo cinco y media de la tarde, pero solo se obedeció la orden a las 10 de la noche.
- j. Alrededor de las once y media de la noche despertaron al niño para colocarle sonda por la nariz y practicarle un nuevo examen. Le colocaron la sonda al infante

- y se volvió a dormir. Le dijeron a su progenitora que a las tres de la mañana nuevamente se le daría el antibiótico.
- k. A las tres de la mañana, unas doctoras le dijeron a la señora Vásquez que su hijo había muerto.

b. Actuación Procesal:

- a. La demanda se presentó el 20 de junio de 2014 (fol. 84 c.1.), siendo asignado al Juzgado 22 Administrativo de Descongestión del Circuito de Bogotá, quien mediante auto del 8 de octubre de 2014 la inadmitió (fl. 86 C.1).
- b. El 22 de abril de 2015 fue admitida la demanda, el 11 de mayo de 2015 se presentó adición de la demanda (fls. 96-97 y 111-120).
- c. El 23 de abril de 2015 (fl. 98-103) fueron remitidas las notificaciones personales y se enviaron o retiraron los traslados el 4 de mayo de 2015 (fl. 104 cv.1) y el 21 de mayo de 2015 (fl. 121 c.1),
- d. La demanda fue contestada por el Hospital Centro Oriente II Nivel E.S.E. (Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE) el 30 de junio de 2015 (fls. 135-139 c.1); el Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. (ahora Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E.) el 29 de mayo de 2015 (fls. 125-134 c.1) y la Fundación Hospital de la Misericordia (fls. 144-153, 177 c.1).
- e. El 11 de mayo de 2016 fue admitida la reforma de la demanda respecto de aspectos fácticos y adición de material probatorio (fl. 174 c.1).
- f. El 9 de agosto de 2017 fue admitido el llamamiento en garantía de Seguros del Estado S.A., solicitado por la Fundación Hospital de La Misericordia (fl. 59-60 c.3.).
- g. El 31 de agosto de 2017 fue contestado el llamamiento en garantía (fl. 139-173 c.1).
- h. Se presentó contestación de la reforma de la demanda por el Hospital Centro Oriente II Nivel E.S.E. (Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente ESE) y la Fundación Hospital de La Misericordia el 31 de mayo de 2016 (fls. 178-208 c.1).
- i. El 6 de enero de 2018 se corrió traslado a las excepciones (fl. 237-238 c.1) sin que fueran descorridas (fl. 239 c.1).
- j. El 25 de abril de 2018 se celebró audiencia inicial y se decretaron pruebas (fls. 246-251 c.p.2).
- k. El 26 de septiembre de 2018 y el 15 de mayo de 2019 se celebró audiencia de pruebas, se incorporaron pruebas documentales, se recaudaron testimonios e interrogatorios de parte, se tuvieron por desistidos los interrogatorios de Alicia Galvis Ramírez, River Gentil Rico Galvis, Gentil Rico Cortes, se tuvo por desistido el dictamen pericial solicitado por la parte actora y por la Fundación Misericordia (fls. 285-290 c.p.2) y se ordenó correr traslado para alegar de conclusión.
- l. La parte demandante el 12 de junio de 2019 alegó de conclusión (fl. 358-361 c.1).
- m. La Fundación Hospital de la Misericordia el 28 de mayo de 2019 alegó de conclusión (fl. 345-357 c.1).
- n. Seguros del Estado S.A. alegó de conclusión el 29 de mayo de 2019 (fl. 324-344 c.1).
- o. El 28 de mayo alegó de conclusión la Red Centro Oriente (fl. 324-345).
- p. Las demás entidades demandadas no alegaron de conclusión y el Ministerio Público no conceptuó.

c. Argumentos de las Partes

Parte demandante: Invocó el daño antijurídico y su imputabilidad al Estado, por improvisación negligente y defectuosa prestación del servicio, siendo el título jurídico la falla probada al servicio médico.

Indicó que la señora Vásquez al notar que su hijo no se recuperaba, insistía a los médicos de urgencias que le dieran información de lo que estaba pasando con el menor, pero nunca tuvo una información oportuna, pues todo el tiempo le decían que no había de que preocuparse. Finalmente, el resultado fue el fallecimiento del infante.

Señaló que la responsabilidad de las entidades involucradas por falla del servicio de salud aparece bien demostrada dentro de la historia clínica, y otros documentos adjuntos (fls. 80-83 c.1).

En la adición de la demanda se adujo la configuración de la falla presunta en la prestación del servicio deduciendo la culpa médica, ya que hubo error y negligencia médica en la atención del niño (fls. 11-114 c.1).

Parte demandada:

1. Hospital de Rafael Uribe Uribe: el 29 de mayo de 2015 contestó la demanda se opuso a los hechos y pretensiones.

Dijo que la primera atención prestada al menor Y.S.R.V. (q.e.p.d) fue el 8 de mayo de 2013 como afiliado de Solsalud EPS, por urgencias, ahí se adelantaron laboratorios clínicos y farmacia.

Hizo un recuento de las atenciones dadas al menor en el Cami Chircales.

Presentó como excepciones:

- Inexistencia absoluta de responsabilidad administrativa por parte del Hospital Rafael Uribe Uribe: por ausencia de responsabilidad de esta entidad en los hechos narrados en la demanda. Se alegó que la patología no se debió a un hecho intencional, culposo o negligente por parte del cuerpo de salud de la Empresa Social del Estado Hospital Rafael Uribe Uribe que atendió al menor.
- El paciente y los familiares nunca asumieron riesgos: la madre recibió educación en prevención diarreica; después del primer año de vida se hicieron 2 controles más, la madre dejó de comparecer a las citas de control de crecimiento y desarrollo.
Señaló que el niño ingresó el 17 de mayo de 2013, con un cuadro de 3 días de evolución de fiebre y síntomas respiratorios, lo que evidencia que del 9 al 14 de mayo estuvo estable, de modo tal que el tratamiento médico brindado había sido adecuado.
- Inexistencia de la relación de causalidad entre la enfermedad padecida al momento de consulta y el lamentable deceso.
- El equipo médico de salud realizó todas las actividades necesarias para mejorar la salud y vida del paciente.
- Inexistencia de perjuicios a favor de la demandante máxime cuando hubo mal manejo de los padres en el cuidado y custodia del menor.
El 15 de febrero de 2012 se identificaron como factores de riesgo psicosociales: padre consume alcohol y cigarrillo. Le dieron educación en prevención en enfermedad respiratoria y diarreica a la familia, así como de medidas aseo en área genitourinaria y prevención de infección de las vías urinarias. En posterior control se le reiteró a la madre esta información y se le educó en temas de prevención de EDA y ERA (fls. 125-134 c.1).

2. Hospital Centro Oriente E.S.E. II Nivel: el 30 de junio de 2015 contestó la demanda, se opuso a los hechos y pretensiones.

El paciente ingresó al Hospital Centro Oriente E.S.E II Nivel Sede Jorge Eliecer Gaitán, a las 21:51 del 17 de mayo de 2013, fue valorado por médico hospitalario de pediatría, quien solicitó paraclínicos e inició manejo indicado para una Faringoamigdalitis Bacteriana. Los paraclínicos solicitados fueron: Radiografía de tórax y cuadro hemático, cuyos resultados son registrados a las 06:00 AM del 18 de mayo de 2013. El diagnóstico inicial fue un proceso neumónico.

El infante a las 07:15 del mismo día fue valorado por el Dr. Juan Carlos Penagos, médico pediatra del servicio, quien al reinterrogar al familiar confirmó un proceso de infección respiratoria de 30 días de evolución con asistencia y tratamiento previa en otra IPS.

Al realizar el examen clínico y confrontación de las ayudas diagnósticas se confirmó la impresión diagnóstica de neumonía y se inició manejo con Ampicilina Sulbactam, tratamiento antibiótico indicado según las guías de manejo clínico institucional.

Ante la evolución clínica del paciente y al no observar una tendencia a la mejoría, luego de cumplidas las 48 horas de antibiótico inicial (tiempo este que es el prudencial bajo la evidencia científica para obtener respuesta clínica al manejo de esta patología) se adicionó al tratamiento un nuevo antibiótico, la claritromicina, y se solicitó un nuevo control radiológico en donde se evidenció la presencia de focos neumónicos con pocos cambios clínicos a la radiografía de ingreso. Entonces, el especialista de turno, basado en las guías clínicas de manejo de esta patología, cambió el esquema de antibióticos inicialmente suministrados, indicando un tratamiento con Ceftriaxona más vancomicina. A pesar de esto, el paciente falleció a las 03:18 del 21 de mayo de 2013.

Así las cosas, basados en la historia clínica y los exámenes paraclínicos adjuntos a la misma que confirmaron el diagnóstico de una neumonía, y teniendo en cuenta los conceptos emitidos por el área de calidad, el caso en mención en el contexto del desarrollo natural de la enfermedad, se encuentra descrito en la literatura médica con una alta morbilidad, máxime en edades tempranas como son los menores de cinco años.

Durante la atención hospitalaria en la Sede Asistencial Jorge Eliecer Gaitán, desde su ingreso, el paciente fue atendido con oportunidad y continuidad en el servicio, y el actuar profesional se ajustó al manejo clínico y técnico de estas patologías y se encuentra adherido a las guías clínicas institucionales las cuales son avaladas por el área de calidad y son basadas en la evidencia médico científica, así como adaptadas en la disminución; del mismo modo hay que tener en cuenta que el paciente llevaba 30 días con proceso de infección respiratoria, y 3 días de evolución de fiebre, más tos cianótica, emetizante, y emesis desde las 18 horas (fls. 136-140 c.1).

3. Fundación Hospital la Misericordia: el 30 de julio de 2015 y el 31 de mayo de 2016 contestó la demanda en término y se opuso a las pretensiones.

Hizo un recuento de la historia clínica y adujo que desde el momento en que el paciente Yilver Stick Rico llegó a la Fundación Hospital de la Misericordia, inmediatamente se puso a su disposición todo un equipo de médicos especializados y toda la infraestructura con el fin de lograr resolver la situación de salud que adolecía y por ende lograr su mejoría.

Se ordenaron exámenes de orina con el fin de descartar una posible infección urinaria la causa de las reiteradas y repentinas alzas de la temperatura, y para eso dejó al paciente en observación. Una vez que salieron los resultados se pudo evidenciar que la enfermedad no era de etiología urinaria. Ante la otra sintomatología presentada, se pudo colegir que el paciente presentaba un foco respiratorio viral y ordenó la medicina apropiada para superar su proceso de resfriado. Antes de dar salida, el galeno encargado

le informó a la madre del niño sobre los signos de alarma y la recomendación que si se presentaban debía llevarlo nuevamente al Hospital para su atención.

Adicionalmente le dieron cita para control a las 48 horas. Sin embargo, el infante no fue llevado nuevamente al Hospital ni por control ni por manifestaciones de signos de alarma.

Una vez llegó a las instalaciones del Hospital de la Misericordia el 6 de mayo de 2013 el menor fue atendido, de manera oportuna, por el médico especialista de turno quien de acuerdo a lo encontrado en su primera auscultación concluyó que cursaba con una enfermedad compatible posiblemente con infección urinaria o con infección de vías respiratorias ya que tenía un cuadro clínico fiebre alta.

Amén de lo anterior, la fiebre disminuyó cuando se le suministró antipirético, pero a pesar de ello se continuó con el proceso de investigación con el fin de descartar que el origen de los estados febriles obedeciera a infecciones de las vías urinarias. Una vez, recibido los resultados de los exámenes de orina, se pudo determinar que la fiebre obedecía a un estado gripal que presentaba el paciente en ese momento. Fue por ello, que una vez presentó una mejoría ostensible, se procedió a dar salida.

Al ceder la fiebre y, previa nueva valoración en la que se encuentra al paciente totalmente recuperado, el médico tratante decide dar salida e informar sobre las alertas que debe la madre tener en cuenta para consultar nuevamente.

Contrario a lo que deduce el apoderado de la parte actora, el nuevo estado de salud que llevó a la paciente a la muerte, no tuvo su origen en la primera consulta realizada en la Fundación Hospital de la Misericordia.

De ello no se evidencia el nexo causal que la Ley exige en el actuar médico prodigado al paciente para endilgar responsabilidad.

Se afirmó que hay que tener en cuenta que cada organismo es diferente y las enfermedades, son a veces muy complicadas e inciertas, lo cual trae como consecuencia efectos imprevisibles que pueden desencadenarse independientemente del accionar médico y no necesariamente por una conducta indebida del profesional, es por ello que se ha determinado que en los procesos de responsabilidad médica esta se ha calificado de medio y no de resultado (fls. 144-153 y 177-186 c.1).

4. **Llamada en garantía:** Seguros del Estado S.A.: el 31 de agosto de 2017 presentó contestación a la demanda y el llamado en garantía allí adujo que no se observa falta alguna de la prestación del servicio médico conforme a la historia clínica aportada, respecto del Hospital la Misericordia.

Explicó en qué consiste la falla del servicio e indicó la indebida tasación de los perjuicios morales y resaltó la ausencia de prueba sobre los perjuicios materiales ocasionados/ lucro Cesante (fl. 255-265 c.3).

d. Alegatos de conclusión y concepto del Ministerio Público

A. Parte demandante

El apoderado el 12 de junio de 2019 alegó de conclusión de manera extemporánea.

B. Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.

Sostuvo que no se puede predicar su responsabilidad por la muerte del menor porque la atención médica fue adecuada habida cuenta la situación de este al ingresar al establecimiento el Hospital Rafael Uribe Uribe.

Se apoyó en los testimonios de los médicos tratantes del menor para insistir en la ausencia de responsabilidad del hospital.

El menor había recibido 12 atenciones médicas con cuadros clínicos independientes y las salidas que se le daban siempre respetaron los protocolos, además los galenos indicaron que las tantas asistencias al servicio de urgencias, se debía a una falta de cuidado y protección hacia el menor, la amigdalitis generalmente se debía a la falta de aseo.

Resaltó la investigación administrativa No. 135572-13 donde se observó que el menor presentó neumonía multilobar y leucocitosis con neutrofilia, se solicita valoración por pediatría y de manera posterior al tratamiento le fue hallado Neutrofilia sin leucocitos y 6 horas presentó paro cardio respiratorio y concluyó la Secretaría Distrital que los medios diagnósticos son pertinentes y fueron realizados de manera oportuna.

Señaló que no hay daño por cuanto los médicos obraron conforme a los protocolos.

Explicó los criterios que tienen en cuenta para la prestación del servicio de salud.

Concluyó el apoderado que no existió falla del servicio, ni se presentó alguna omisión, retardo o irregularidad (fls. 324-344).

C. Fundación Hospital de la Misericordia: el 28 de mayo de 2019 alegó de conclusión la apoderada de esa institución.

Insistió en la inexistencia del nexo causal entre el daño, el fallecimiento del menor y la atención prestada.

Señaló el testimonio de la doctora Luisa Fernanda Lugo médico pediatra quien atendió al paciente solo una vez, y el Dr. Javier Díaz médico pediatra declaró que para el 7 de mayo cuando se le dio salida al niño estaba en condiciones adecuadas.

Concluyó que el menor falleció como consecuencia de la gravedad de sus patologías (fl. 345-348 c.1).

C. Seguros del Estado S.A.

Afirmó que se debe dictar un fallo absolutorio.

Sostuvo que en la etapa probatoria se comprobó que el Hospital de la Misericordia fue eficiente, oportuna y se respetó los protocolos médicos.

Indicó que existe una certeza del adecuado diagnóstico y tratamiento dado al paciente, conforme a la investigación adelantada ante la Secretaría de Salud Distrital contra las IPS demandas.

Señaló que lo pactado en el contrato de seguro tiene un límite de \$617.011.200 con un sublímite de daños morales de \$100.000.000.

Concepto del Ministerio Público: No conceptuó.

3.6. Pruebas obrantes en el proceso

3.6.1. A continuación, se hace relación de los elementos probatorios más relevantes allegados al plenario:

- ✓ Copia simple de la factura de venta No. 03523778 del Hospital Rafael Uribe Uribe (fl. 5 C.1).
- ✓ Copia simple historia clínica del Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. (fl. 6 a 11 C.1)
- ✓ Copia simple historia clínica del Hospital Centro Oriente E.S.E. (fl. 12 a 13 y 21 a 57 C.1)
- ✓ Copia simple historia clínica de la Fundación Hospital de La Misericordia (fl. 14 a 18 C.1)
- ✓ Copia simple certificado de defunción No. 80965133-3 de Y.S.R.V (fl. 20 C.1)
- ✓ Copia auténtica del registro civil de defunción de Y.S.R.V (fl. 58 C.1)
- ✓ Copia simple de la cédula de ciudadanía número 52.745.934 de la señora Diana Milena Vásquez Díaz (fl. 59 C.1)
- ✓ Copia simple de la cédula de ciudadanía número 13.460.666 del señor Gentil Rico Cortes (fl. 60 C.1)
- ✓ Copia simple de la cédula de ciudadanía número 1.033.682.338 del señor River Gentil Rico Galvis (fl. 61 C.1)
- ✓ Copia simple de la cédula de ciudadanía número 60.335.792 de la señora Alicia Galvis Ramírez (fl. 62 C.1)
- ✓ Copia auténtica del registro civil de nacimiento de Laura Valentina Ávila Vásquez (fl. 63 C.1)
- ✓ Registro civil de nacimiento de Oscar Fabián Sandoval Vásquez (fl. 64 C.1)
- ✓ Derecho de petición radicado ante la Superintendencia Nacional de Salud por el abogado Conrado Arnulfo Lizarazo Pérez el 26 de agosto de 2013 bajo el radicado No. 1-2013-068834 (fl. 65 a 67 C.1)
- ✓ Derecho de petición radicado ante la Secretaría Distrital de Salud por el abogado Conrado Arnulfo Lizarazo Pérez el 20 de agosto de 2013 bajo el radicado No. 135572 (fl. 68 a 69 C.1)
- ✓ Certificación de personería jurídica de la Fundación Hospital de la Misericordia (fl. 113 C.1)
- ✓ Copia auténtica del Registro civil de nacimiento de Y.S.R.V (fl. 114 C.1)
- ✓ Copia auténtica del Registro civil de nacimiento de River Gentil Rico Galvis (fl. 115 C.1)
- ✓ Copia simple del oficio 262218 del 3 de julio de 2013 del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses y el informe pericial de necropsia No. 2013010111001001724 (fl. 116 a 120 C.1)
- ✓ Historia clínica de la misericordia (fl. 194-200).
- ✓ Guía de manejo síndrome febril agudo (fl. 165-169 y 189-193).
- ✓ Copia auténtica de la Historia clínica de Yilber Stick Rico Vásquez de Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. (fl. 1 a 116 c.2).
- ✓ Copia simple de la guía de detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo en el menor de 10 años (fl. 117 a 139 c.2).
- ✓ Copia simple de la guía para la atención de la enfermedad respiratoria aguda (fl. 140 a 151 c.2).
- ✓ Copia Póliza de Seguros del Estado S.A. 21-03-101000200 (fls. 55 a 58 c.3)
- ✓ Oficio DGTIC_BDUA – 1937-18 radicado el 12 de junio de 2018 remitido por la Dirección de Gestión de Tecnologías de Información y Comunicaciones de la Administradora de Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud en el cual detalla la entidad de los afiliados Diana Milena Vásquez Díaz, Alicia Galvis Ramírez, River Gentil Rico Galvis y Gentil Rico Cortes (fl. 278).

- ✓ Oficio No.413800 del radicado el 30 de mayo de 2018 remitido por la Coordinadora del Grupo Regional de Patología Forense en el cual aporta Informe Pericial de Necropsia No. 2013010111001001724 (fls. 274 a 277).
- ✓ Oficio No.20181100131731 radicado el 17 de mayo de 2018 y suscrito por el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. en el cual aporta en medio magnético la Historia Clínica de Yilber Stick Rico Vásquez (fls. 265 a 266).
- ✓ Oficio 20181100136441 radicado el 23 de mayo de 2018 suscrito por el Jefe de la Oficina Asesora Jurídica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro oriente E.S.E. el cual aporta transcripción de la Historia Clínica de Yilber Stick Rico Vásquez (fls. 270 a 272).
- ✓ Historia clínica de la Clínica la Misericordia (fls. 154-164)
- ✓ Guía de manejo de síndrome febril agudo (fls. 165-169, 189-193)
- ✓ No se tendrá en cuenta la documental allegada el 10 de noviembre de 2015 por ser allegada de manera extemporánea (fl. 336-344 c.1).

3.6.3. Testimonios

Nombre	Síntesis
Luisa Fernanda Lugo Martínez edad: 31 años, de profesión u oficio médico de la Universidad Nacional de Colombia en el año 2009 y especialista en pediatría en el año 2016, nivel educativo especialista, relación con las partes: - Demandantes: Diana Milena Vásquez. No Laura Valentina Ávila Vásquez (menor). No Oscar Fabián Sandoval (menor). No Alicia Galvis Ramírez. No River Gentil Rico Galvis. No Gentil Rico Cortés. No - Demandadas: Hospital Centro Oriente II Nivel E.S.E. (ahora Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E.), Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. (ahora Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E.) y Fundación Hospital de La Misericordia. La medico en el año 2013 estuvo vinculada con este Hospital.	Manifestó que el menor ingresó por un cuadro de 12 horas de fiebre, presentó convulsión con antecedentes de estos. Se solicitó uro análisis, estuvo en observación neurológica, tuvo vómito el cual fue controlado. Se dio egreso con control prioritario en 48 horas, eso fue en mayo. A la madre se le indicó los signos de alarma. Afirmó que solo lo vio una vez en la jornada de la mañana de 7 a 1 p.m., estuvo en observación por un cuadro viral. Si existe la guía de manejo del síndrome febril agudo, explicó que hay que hacer una evaluación clínica, se toman los paraclínicos, por los síntomas respiratorios altos, se tomó parcial de orina. Si se llevaron a cabo todas las acciones necesarias para el estado médico del menor. La Secretaría de Salud hizo la investigación y concluyó que la atención había sido completa y lo sabe porque leyó el documento para esta audiencia. Se pone de presente el folio 16, y refirió que era los signos de alarma del menor.
Javier Alberto Díaz Najar edad: 48 años, de profesión u oficio: médico de la Universidad Nacional en el año 1993 y Pediatra en el año 2001, nivel especialista, relación con las partes: - Demandantes: Diana Milena Vásquez. No Laura Valentina Ávila Vásquez (menor). No Oscar Fabián Sandoval (menor). No Alicia Galvis Ramírez. No River Gentil Rico Galvis. No Gentil Rico Cortés. No - Demandadas: Hospital Centro Oriente II Nivel E.S.E. (ahora Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E.) Vinculado desde el año 2007 y se encuentra actualmente vinculado en el Hospital San Blas desde hace un año.	Se le puso de presente los folios 14 y siguientes. El médico no recuerda la atención, según la historia clínica el niño fue tratado por un episodio febril agudo. En mayo de 2013, aclaró que el niño lo valoró en piso luego de algunas horas de haber llegado. Se realizó valoración del menor en el piso de pediatría, el cual tenía antecedente de convulsión, pero por presenta ausencia de los síntomas se dio una salida adecuada a las condiciones. Esto porque había completado unas horas de observación. Indicó que no eran necesario los exámenes porque los síntomas eran claros de infección respiratoria. El menor puede presentar complicaciones dependiendo de la infección que tenga. Indicó que valoró al menor solo en el piso de pediatría.

Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. (ahora Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E.) y Fundación Hospital de La Misericordia. Tiene convenio de docente asistencial.	No conoce si el menor ingresó después nuevamente al Hospital de la Misericordia. La guía usada con el menor es la adecuada.
--	---

Nombre	Síntesis
Luis Enrique Murillo edad: 35 años, de profesión u oficio médico dedicado a urgencias y hospitalización trabajo en Sede Caps Chircales de la Sub Red médico de planta de 4 horas en el hospital 2009 y como médico de planta desde el 2012, domicilio: como quedó en el video, nivel educativo profesional médico 2008 de la Universidad del Tolima, unión libre con Claudia Mejía, relación con las partes: - Demandantes: Diana Milena Vásquez, Laura Valentina Ávila Vásquez (menor), Oscar Fabián Sandoval (menor), Alicia Galvis Ramírez, River Gentil Rico Galvis y Gentil Rico Cortes - Demandadas: Hospital Centro Oriente II Nivel E.S.E. (ahora Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E.), ninguna Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. (ahora Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E.) trabajé con ellos desde diciembre de 2009 hasta el 2016 Fundación Hospital de La Misericordia ninguna Seguros del Estado: ninguna	Resaltó lo ilegible de la historia clínica. Afirmó que el menor llegó porque presentaba diarrea de origen viral y vómito del 19 de abril de 2013. Toleró vía oral y se le dio salida con las recomendaciones, volver si tiene diarrea con sangre o no tolera vía oral. Se le concede el uso de la palabra al apoderado de la demandante quien procedió a preguntar al testigo lo pertinente como quedó registrado en medio magnético Record 11.20.25. P. Cuántos ingresos tuvo el niño Rico Vásquez: Cto. no tuvo conocimiento pero según la historia Clínica observó bastantes ingresos. P. En qué servicios se le brindaron las atenciones a Rico Vásquez- Cto en Cami Diana Turbay y Cami Chircales. Para mayo de 2013 el diagnosticó del paciente - contestó síndrome bronco obstructivo asociado a amigdalitis, infección respiratoria. Causa de la infección y tratamiento. Salida por control con salida externa el 09/05/2013. El despacho pregunta si el menor tenía fiebre para el momento de la atención. Contestó que no tenía fiebre, pero si saturación. En mayo se hizo tratamiento para la amigdalitis y para la bronquitis. Gulas de manejo para el control de dificultad respiratoria del niño. Habló de cuadros clínicos independientes. Al menor se le manejó en sala era, con hospitalización, inhaladores. Afirmó que el caso del menor se tiene que ver el contexto social y familiar del menor por los continuos ingresos al hospital por los mismos cuadros. El menor siempre respondía con inflamación de las vías respiratorias pero los cuadros clínicos por los que era internado siempre eran diferentes. La última salida fue por amigdalitis y respondió bien al tratamiento en sala era. La salida de conformidad con los protocolos fue adecuada. Signos de alarma informados a los padres: según historia clínica recomendaciones, signos de alarma y control por consulta externa y P y P

	Complicaciones del menor con estos síntomas- aumento de dificultad respiratoria y necesidad de soporte para respirar, después una neumonía asociada a infección bacteriana. La atención fue oportuna en servicio de urgencias. Preguntas del Hospital la Misericordia: Record. 11.39.11. En cuanto a condiciones de atención por la familia al niño – manifestó que estaba en buenas condiciones, los síntomas respondían a un cuadro viral, fue manejado el menor para evitar una deshidratación. El despacho procedió a realizar más preguntas al testigo. No se remitió al menor a ver un pediatra, porque no hubo necesidad al ser una enfermedad viral auto limitadas y de acuerdo con los cuidados se resuelven los síntomas.
Carlos Arturo Rueda Celis edad: 58 años, de profesión u oficio médico general de planta actualmente trabajo en la Subred Centro Oriente y en la Sur consulta externo, domicilio: vídeo, nivel educativo Egresado de la Metropolitana de Barranquilla en 1989, especialista en Salud Familiar en la Universidad Corpas en el año 2005, estado civil casado Laura Leal, relación con las partes: - Demandantes: Diana Milena Vásquez, Laura Valentina Ávila Vásquez (menor), Oscar Fabián Sandoval (menor), Alicia Galvis Ramírez, River Gentil Rico Galvis y Gentil Rico Cortes - Demandadas: Hospital Centro Oriente II Nivel E.S.E. (ahora Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E.), está trabajando con esta Sub Red. Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. (ahora Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E.) y trabajé con la Sub Red desde 1992 Fundación Hospital de La Misericordia. Llamada en garantía: Seguros del Estado	El despacho pregunta por atención al menor: contestó: Yo lo atendí por crecimiento y desarrollo en noviembre de 2011 y en enero de 2012. Se le concede el uso de la palabra al apoderado de la demandada solicitante quien procedió a preguntar al testigo lo pertinente como quedó registrado en medio magnético 11.5.55. Refiere que el paciente ingresaba por fiebre y vómito, se le brindaba atención en urgencias, crecimiento y desarrollo. Solo conoce que el menor ingresó las doce veces a urgencias por fiebre o dificultad respiratoria, además varios cuadros clínicos. Contrainterrogatorio del doctor Materon – ¿Qué calidad de higiene le brindaba la familia al menor? -. El paciente estaba en buenas condiciones generales, la madre refería que estaba en buenas condiciones, solo me llamó la atención un tema de caderas que no se ejecutó. Contrainterrogatorio de la doctora Ortégón – qué encontró en su primera consulta y en enero de 2012. Respondió que estaba en buenas condiciones generales.
Elisa Gutiérrez edad: 40 años, de profesión u oficio médica general de urgencia de la Sub Red Centro Oriente CAPS Chircales, trabajo ahí hace diez años, domicilio: vídeo, nivel educativo profesional egresada de la U Libre en el 2004, estado civil casada con Carlos Pulido, relación con las partes: - Demandantes: Diana Milena Vásquez, Laura Valentina Ávila Vásquez (menor), Oscar Fabián Sandoval (menor),	El despacho le pregunta a la testigo si sabe la razón por la que rinde el testimonio. Pregunta el despacho: Atendió el paciente y qué estado lo encontró. Indicó que se hizo nebulizaciones, se le atendió una amigdalitis, presentaba cuadro febril y se buscó descartar una neumonía. Se le concede el uso de la palabra al apoderado de la demandada solicitante de la prueba quien

Alicia Galvis Ramírez, River Gentil Rico Galvis y Gentil Rico Cortes - Demandadas: Hospital Centro Oriente II Nivel E.S.E. (ahora Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E.), no Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. (ahora Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E.) y trabajé ahí desde el 2009 Fundación Hospital de La Misericordia. Llamada en garantía: Seguros del Estado, no	procedió a preguntar al testigo lo pertinente como quedó registrado en medio magnético, record 12.06.50. La testigo manifiesta presencia de fiebre y convulsiones y remisión a pediatría que lo atendió. Mencionó que existían guías para el manejo de fiebre y dificultad respiratoria. Habló de las complicaciones de menor con la sintomatología – neumonía y muerte. Las convulsiones febriles. El niño presentaba crisis febriles desde los 15 días de nacidos, lo más importante es los cuidados del hogar, que se realice el tratamiento como se ordenó. La fiebre es un signo de múltiples cuadros. Se dieron las recomendaciones de signos de alarma a la mamá, después de tratada la amigdalitis. Las complicaciones de un menor con esta sintomatología si no se dan los manejos adecuados, es complicación por neumonía y posterior paro cardio respiratorio. Manifestó que la atención fue oportuna y apropiada. El doctor Baena hace contrainterrogatorio record. 12.19.26. Al momento que ella valoró al menor el niño no tenía ninguna complicación que ameritara enviarlo a pediatría. El doctor Materon hace contrainterrogatorio record 12.20.23 El paciente estaba en condiciones carentes de higiene o desaseo-. Dice que en la historia clínica dice que el padre era fumador, no puede decir otras cosas porque es un trabajo de campo, el niño si presentaba múltiples afecciones. Dijo que es muy probable que las afecciones del menor hayan sido por el medio donde se desenvolvía. La doctora Ortigón hace contrainterrogatorio record: 12.23.04. El niño no presentaba una patología de base.
Adriana Margarita Vitola Cuadro edad: 37 años, de profesión u oficio médico general en la Sub Red Centro Oriente Caps Olaya y trabaja en el Centro Policlínico del Olaya, domicilio: vídeo, nivel educativa egresada Médico de la Corporación Universitaria del Sinú de 2005, estado civil casada con Oscar Molina, relación con las partes: - Demandantes: Diana Milena Vásquez, Laura Valentina Ávila Vásquez,	Lo atendió días anteriores a su muerte, ingresó fiebre, con aceptables condiciones clínicas, se le dio manejo. Se le concede el uso de la palabra al apoderado de la demandada solicitante quien procedió a preguntar a la testigo lo pertinente como quedó registrado en medio magnético 12.30.38. Manifestó que de 10 a 12 ingresos tuvo el menor al Hospital Rafael Uribe, según historia clínica.

Oscar Fabián Sandoval, Alicia Galvis Ramírez, River Gentil Rico Galvis y Gentil Rico Cortes - Demandadas: Hospital Centro Oriente II Nivel E.S.E. (ahora Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E.), no Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. (ahora Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E.) trabajo con ellos desde el 2010 - actualmente Fundación Hospital de La Misericordia. Seguros del Estado – llamada –no	Habló sobre las indicaciones clínicas o signos de alarma al menor. El diagnóstico para mayo de 2013 en principio fue por una fiebre viral y se dio la salida, luego el 8 de mayo ingresó a Chircales dándose tratamiento por fiebre, el 9 de mayo se buscó descartar un cuadro viral, ingresó por un cuadro de bronquiolitis aguda, en salida se le cubre con antibióticos, se dio por semana tratamiento de ahí no consultó más a Cami Chircales y luego a Centro Oriente. ¿Cuál fue el tratamiento? – se trató la bronquiolitis – se dio orden para nuevas revisiones que no se puede verificar si se cumplieron. Señaló que los ingresos a urgencias fueron por cuadros clínicos separados. Signos de alarma y recomendaciones dados a los padres. Complicaciones. Oportunidad en la atención. En la descripción de las historias clínicas las fiebres son intermitentes. Indicó que si las recomendaciones no son acatadas trae muchas complicaciones. El menor dio una neumonía que llevó a su deceso. No se omitieron la realización de exámenes complementarios. También se le dio seguimiento por sala ERA. Explicó que se escalona mínimo con 72 horas entre antibiótico y antibiótico, se cambia cuando el menor está empeorando. El doctor Baena hace contrainterrogatorio 12.51.34. Negó remisión a pediatría. Sabía de antecedentes convulsivo por fiebre benigna, sin complicaciones. Pregunta por uso de tres tipos de antibióticos. El doctor Materon hace contrainterrogatorio 12.59.11 La médica indicó que debía haber una falla en la higiene según los antecedentes de consultas. Pero no le consta.
Darío Alejandro Aponte edad: 36 años, de profesión u oficio médico especialista en medicina de emergencias y cuidado crítico actualmente trabajo en el Hospital Rafael Uribe y como especialista trabaja en la Clínica Reina Sofía y Hospital San Rafael, domicilio: vídeo, nivel Egresado de Pregrado de San Martín en el 2006, Especialista en Emergencias y Cuidado Crítico del Rosario en el 2017, casado con Liseth Mesa relación con las partes: - Demandantes: Diana Milena Vásquez, Laura Valentina Ávila Vásquez (menor), Oscar Fabián Sandoval (menor), Alicia Galvis Ramírez,	Se le concede el uso de la palabra al apoderado de la demandante quien procedió a preguntar al testigo lo pertinente como quedó registrado en medio magnético 13.12.33. Se atendió al menor por sospecha de una sepsis de origen viral. El menor presentaba un peso acorde a la edad. Teniendo en cuenta que solo atendió al niño en el 2011 no hay preguntas para ello. Lo mismo manifestaron los demás apoderados.

River Gentil Rico Galvis y Gentil Rico Cortes - Demandadas: Hospital Centro Oriente II Nivel E.S.E. (ahora Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E.), no Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. (ahora Subred Integrada de Servicio de Salud Centro Oriente E.S.E.) y trabajo con el hospital desde 2009 actualmente con ellos. Fundación Hospital de La Misericordia. Ninguna. Llamado en garantía. Seguros del Estado. Ninguna	
--	--

Se tuvo por desistidos los testimonios de:

- Angie Vanessa Vergara Espitia.
- Soraya Isabel Muñoz.
- Jairo Enrique Alfaro.

3.6.4. Interrogatorios de partes

Nombre	Síntesis
DIANA MILENA VASQUÉZ de 39 años de edad, de profesión u oficio: cocinera, nivel educativo hasta segundo de primaria. La parte demandada realiza el respectivo interrogatorio. (Record: 58:40) Pregunta	Pregunta No. 1 ¿Cuándo se enteró del embarazo?, en el 2012 Pregunta No. 2 ¿Cuándo inicio controles?, inicio controles en el hospital de San Blas. Pregunta No. 3 ¿Le fue indicado si era embarazo de alto riesgo?, le dijeron que el embarazo era de alto riesgo, tenía 33 años. Pregunta No. 4 ¿Antecedentes de embarazos fallidos?, indicó que dos por embarazos utópicos. Pregunta No. 5 ¿Indique si a los 15 días del menor acudió al Hospital?, indicó que si por infección urinaria. Pregunta No. 6 ¿Indique si a los 3 meses del menor acudió al Hospital?, señaló que si porque ella lo protegía mucho. Pregunta No. 7 ¿Cuántos ingresos a urgencias tuvo el menor?, señaló fueron muchas, pero no tiene fechas. Pregunta No. 8 ¿Sobre el ingreso del menor al Hospital San Rafael?, llevo al niño el 6 de mayo porque presentaba una fiebre, después acudió varias veces al hospital y al Cami el Chircal. Pregunta No. 9 ¿Indicar la evolución del menor en la casa cuando egresa del Hospital San Rafael?, manifestó que pese al antibiótico por 7 días y el niño no presentaba mejoría, por lo que lo llevó a otros hospitales el 17 de mayo que fue el día que acabó el tratamiento. Pregunta No. 10 ¿Ingresa el 17 de mayo al Hospital Centro Oriente?, manifestó que si, ese día le diagnosticaron una amigdalitis que podía salir, pero el niño a la 1:00 a.m. presentó taquicardia, lo dejaron hospitalizado, el 18 a las 8:00 a.m. hicieron efectiva la hospitalización. Nunca presentó mejoría, él bebe refería "ma ayayay", los médicos le decían que el niño no tenía nada, que ella lo enfermaba por llevarlo tanto a los hospitales, el 20 en la noche ella le lleva unos exámenes al pediatra y este consultó a otro quien le dijo que le aplicara otro medicamento, pero a la madrugada llamó.

Se tuvieron por desistidos en audiencia los interrogatorios de:

- Alicia Galvis Ramírez
- River Gentil Rico Galvis
- Gentil Rico Cortes

2. CONSIDERACIONES

4.1 PRESUPUESTOS PROCESALES

4.1.1 Legitimación en la Causa

a. Legitimación en la causa por activa:

Se tienen como legitimados en la causa por activa a los familiares de Y.S.R.V quien falleció el 21 de mayo de 2013 (Fl. 58 c.1), así:

Demandantes	Parentesco	Folio.
River Gentil Rico Galvis	padre	114 c.1
Diana Milena Vásquez Díaz	madre	114 c.1
Laura Valentina Ávila Vásquez	Hermana	63 c.1
Oscar Fabián Sandoval Vásquez	Hermano	64 c.1
Alicia Galvis Ramírez	Abuela	115 c.1
Gentil Rico Cortes	Abuelo	115 c.1

4.1.4 Asunto previo relativo a las pruebas no aportadas oportunamente

Respecto a la oportunidad probatoria la Ley 1437 de 2011, establece en el artículo 212, lo siguiente:

"Para que sean apreciadas por el juez las pruebas deberán solicitarse, practicarse e incorporarse al proceso dentro de los términos y oportunidades señalados en este Código.

En primera instancia, son oportunidades para aportar o solicitar la práctica de pruebas: la demanda y su contestación; la reforma de la misma y su respuesta; la demanda de reconvención y su contestación; las excepciones y la oposición a las mismas; y los incidentes y su respuesta, en este último evento circunscritas a la cuestión planteada. (...)"

La norma en cita estableció las oportunidades en las que se puede solicitar pruebas, unas dirigidas a la parte actora, la cual en principio hace su solicitud de pruebas en la demanda, su reforma, la oposición a las excepciones, etc., y otras referentes a la parte demandada que en ejercicio del derecho de contradicción puede solicitar las pruebas en la contestación de la demanda, de la reforma, en la demanda de reconvención, etc.

Ahora, se debe tener en cuenta, el artículo 211 de la Ley 1437 de 2011, que indica: *"En los procesos que se adelanten ante la jurisdicción de lo contencioso administrativo, en lo que no esté expresamente regulado en este Código, se aplicaran en materia probatoria las normas del Código de Procedimiento Civil"*.

Pese a lo anterior, es bien sabido que el Código de Procedimiento Civil fue derogado por el Código General del Proceso y son justamente las normas probatorias de este último las que entran a suplir aquellas que no se encuentren expresamente dispuestas dentro de la Ley 1437 de 2011. Así las cosas, en cuanto a la admisión, la práctica y la valoración de pruebas, son aplicables las normas del Código General del Proceso.

En consecuencia, dentro del procedimiento para el decretó y práctica de pruebas, se deben seguir una serie de presupuestos contemplados por la Ley, uno de ellos establecido dentro del artículo 164 del C.G.P, el cual establece que:

"Art. 164. Toda decisión judicial debe fundarse en pruebas regular y oportunamente allegadas al proceso. Las pruebas obtenidas con violación del debido proceso son nulas de pleno derecho" (Subrayado y resaltado fuera de texto)

Así mismo, el artículo 181 de la Ley 1437 de 2011 estipuló que es en la audiencia de pruebas donde se recaudará todas las pruebas oportunamente solicitadas y decretadas.

Teniendo en cuenta los artículos anteriormente citados, se puede concluir que hay una oportunidad y un término estipulado para cada actuación probatoria, bien sea la solicitud de pruebas, se decretó, práctica y valoración. De igual forma se puede establecer que la decisión judicial se basa fundamentalmente en que el desarrollo probatorio se haya efectuado en la oportunidad debida y bajo el debido proceso.

Frente a las pruebas documentales, es claro que la parte demandante puede aportarlas con la presentación de la demanda, su reforma, al momento de descorrer el traslado de las excepciones e inclusive solicitar la expedición de oficios (en los mismos instantes procesales) para que las entidades que las tengan en su poder las aporten por orden judicial¹.

Todo lo anteriormente manifestado, obedece a los procedimientos que se requieren para que la prueba documental cobre validez dentro del proceso; tal y como, lo exige el principio de formalidad y legitimidad de la prueba; en referencia a este asunto la Corte Constitucional ha manifestado que:

"(...) ha de tenerse en cuenta, que en el modo de pedir, ordenar y practicar las pruebas se exigen ciertos requisitos consagrados en el Código de Procedimiento Civil que constituyen una ordenación legal, una ritualidad de orden público, lo que significa que son reglas imperativas y no supletivas, es decir, son de derecho estricto y de obligatorio acatamiento por el juez y las partes.

Por otra parte, el juez como director del proceso, debe garantizar, en aras del derecho de defensa de las partes, los principios generales de la contradicción y publicidad de la prueba, y en este sentido, debe sujetarse a las exigencias consagradas en el procedimiento para cada una de las pruebas que se pidan. Es decir, señalando para cada una en la providencia correspondiente, el día y la hora en que habrán de practicarse, y en fin, cumpliendo con los requisitos exigidos para decretar y practicar cada prueba en particular".²

Entonces las normas procesales son reglas imperativas, es decir, de obligatorio cumplimiento; se debe considerar que gracias a ellas el proceso mantiene un orden, se pueden materializar los principios de contradicción, y legalidad, siendo el marco en el cual se desarrolla el derecho sustantivo y el debido proceso de las partes; razón por la cual no se puede desconocer la existencia de estas.

Así las cosas, la documental allegada el 28 de mayo de 2019 (fls. 345-357 c.1), dado que fue aportada por fuera de las oportunidades legales para solicitar y allegar pruebas, conforme a la normatividad y jurisprudencia citada, de igual manera se establece que dichos documentales carecen absolutamente de valor probatorio por las mismas razones y porque no fueron sometidas al procedimiento de contradicción por la parte demandada.

¹ Artículo 173 del Código General del Proceso "El juez se abstendrá de ordenar la práctica de las pruebas que, directamente o por medio de derecho de petición, hubiera podido conseguir la parte que las solicite, salvo cuando la petición no hubiese sido atendida, lo que deberá acreditarse sumariamente"

² Corte Constitucional, Sala Primera de Revisión, Magistrado Ponente: Dr. Alfredo Beltrán Sierra, Bogotá, 10 de septiembre del año 1998, expediente. t - 176879, Sentencia T- 504/ 98. actor: Sergio de la Cuesta Giraldo naturaleza: Revisión Acción de Tutela.

4.2. Problema jurídico

"Con fundamento en el caudal probatorio, establecer la responsabilidad patrimonial de las entidades demandadas por la presunta falla en el servicio médico en la atención de salud prestada al menor YSRV por la Fundación Hospital La Misericordia, el Hospital Rafael Uribe y el Hospital Centro Oriente y su muerte acaecida el 21 de mayo de 2013.

De encontrar probada la responsabilidad patrimonial de la Fundación Hospital de La Misericordia, determinar si es posible o no afectar la póliza de la llamada en garantía Seguros Del Estado S.A."

4.2.1. Tesis del Despacho

Conforme a la reiterada jurisprudencia del Consejo de Estado, casos como el que nos ocupa es tratado bajo el título de imputación de falla del servicio probada, que debe ser probada por quien la alega. En el presente caso no se encuentra probada razón por la no se accederá a las pretensiones.

4.2.2. Régimen de responsabilidad aplicable en el caso.

Según lo dispuesto en el artículo 90 de la Carta Política, la responsabilidad extracontractual tiene como centro de discusión la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado, y la imputación de este en cabeza de la administración pública³ tanto por acción, como por omisión. Dicha imputación exige analizar: a) el ámbito fáctico, y; b) la imputación jurídica, concepto que está integrado por los siguientes tópicos: 1) atribución conforme a un deber jurídico (que opera conforme a los distintos títulos de imputación consolidados en el precedente del Consejo de Estado: falla o falta en la prestación del servicio –simple, presunta y probada–; daño especial –desequilibrio de las cargas públicas, daño anormal–; riesgo excepcional), y; 2. La teoría de la imputación objetiva de la responsabilidad patrimonial del Estado.

En términos de José Ignacio Manrique Niño: *"se supera así, el esquema que se seguía anteriormente para declarar la responsabilidad del Estado, en el cual primero se miraba el hecho, luego se determinaba la culpa de la administración, posteriormente se analizaba la relación de causalidad y finalmente, se establecía el daño. Hoy en día, por el contrario, lo primero que se determina es la existencia del daño, luego se analiza si es o no antijurídico, y posteriormente se precisa qué fue lo que lo originó, lo que conlleva indagar por la causalidad"* (Manrique Niño, 2009).

El daño antijurídico es un concepto que tiene una evolución constante en la jurisprudencia del Consejo de Estado, en cuanto se adecúa y actualiza a la luz de los principios del Estado Social de Derecho y de realidad social, tal como lo ha esgrimido la Corte Constitucional en sentencia C-333 de 1996⁴.

Este puede ser definido como la *"lesión real y evaluable económicamente de un derecho o de un bien jurídico protegido al interesado o a un grupo de ellos, que no están en el deber jurídico de soportar"* (Ruíz Orejuela, 2010, pág. 3) o como *"el detrimento o demérito que sufre una persona en sus derechos o en sus sentimientos"* (Cubides Camacho, 1999, pág. 193).

³ Conforme a lo establecido en el Artículo 90 de la Carta Política Colombiana "los elementos indispensables para imputar la responsabilidad al estado son: a) el daño antijurídico y b) la imputabilidad del Estado". Ver: Consejo de Estado, Sentencia de 21 de octubre de 1999, Exps.10948-11643. Es, pues "menester, que además de constatar la antijuridicidad del [daño], el juzgador elabore un juicio de imputabilidad que le permita encontrar un título jurídico distinto de la simple causalidad material que legitime la decisión; vale decir, 'la imputatiojuris' además de la 'imputatiofacti'". Ver: Consejo de Estado, Sentencia de 13 de julio de 1993.

⁴ Corte Constitucional, Sentencia C-333 de 1996.

El daño así tiene un aspecto positivo toda vez que ser efectivo, individualizable y verificable, y uno negativo en cuanto debe concretizarse en una efectiva vulneración que se realice sin justa causa.

En cuanto al principio de imputabilidad⁵, se tiene que solo es dable la indemnización del daño antijurídico por parte del Estado cuando existe el debido sustento fáctico y encaja la atribución jurídica en los hechos narrados en el caso⁶.

En la imputación se revisa la conducta estatal y el denominado nexo causal.

Para realizar una introducción de los títulos de imputación, la doctrina ha coincidido en señalar que tiene su fuente principal en la teoría de la culpa (objetivizada)⁷(Rodríguez Rodríguez, Derecho Administrativo General y Colombiano, 2013, pág. 616) o falla del servicio, que es una responsabilidad directa, consistente en la producción de un daño debido a que una persona pública no ha actuado cuando debía hacerlo, ha actuado mal o ha actuado tardíamente (Rodríguez Rodríguez, Derecho Administrativo General y Colombiano, 2013, pág. 616).

En este sentido, debe distinguirse entre las omisiones laxas y las omisiones en sentido estricto, refiriéndose las primeras a la negligencia u olvido en los deberes de cuidado, que de haberse cumplido pudieron haber evitado un resultado dañoso previsible; mientras, las segundas se relacionan con el incumplimiento de un deber legal previamente establecido y que el Estado está en la obligación de ejecutar, resultando de su incumplimiento, igualmente, un resultado dañoso (Ojeda Rodríguez & Guerrero Agripino, 2005).

Por otra parte, en el hecho culposo se revisa la imputación a título de culpa (impericia, negligencia o imprudencia, en ella se distingue la culpa con representación del resultado y la culpa sin representación del resultado) o de dolo (conocimiento y voluntad de decisión, en el que se distingue el dolo indirecto, dolo indirecto y dolo eventual)⁸. Y la doctrina en el hecho culposo revisa la imputación a título de culpa (impericia, negligencia o imprudencia, en ella se distingue la culpa con representación del resultado y la culpa sin representación del resultado) o de dolo (conocimiento y voluntad de decisión, en el que se distingue el dolo indirecto, dolo indirecto y dolo eventual)⁹(Repetto, 2007, pág. 341).

No obstante es incorrecto afirmar que la única fuente hoy de imputación es la falla en el servicio toda vez que a nivel judicial se ha venido reconociendo la existencia de la responsabilidad estatal sin que se presente el concepto de la culpa, es decir, como expresión de la responsabilidad objetiva, tal es el caso de la responsabilidad por daño

⁵ En los términos de Kant, dicha imputación se entiende: "Imputación (imputatio) en sentido moral es el juicio por medio del cual alguien es considerado como autor (causa libera) de una acción, que entonces se llama acto (factum) y está sometida a leyes; si el juicio lleva consigo a la vez las consecuencias jurídicas del acto, es una imputación judicial (imputatio iudiciaria), en caso contrario, solo una imputación dictaminadora (imputatio iudicatoria)". (Kant, 2005).

⁶ El "otro principio de responsabilidad patrimonial del Estado es el de imputabilidad. De conformidad con éste, la indemnización del daño antijurídico le corresponde al estado cuando exista título jurídico de atribución, es decir, cuando de la voluntad del constituyente o del legislador pueda deducirse que la acción u omisión de una autoridad pública compromete al Estado con sus resultados". Corte Constitucional, sentencia C-254 de 25 de marzo de 2003.

⁷ El término es usado por Libardo Rodríguez quien afirma: "Esta responsabilidad está basada en la culpa, pero en una culpa especial que no corresponde exactamente al concepto psicológico tradicional, que implica que la culpa solo es posible encontrarla en la actuación de las personas naturales. Aquí se trata, se dice, de una culpa objetiva o anónima. Preferimos decir culpa objetivizada, es decir, calificada por sus manifestaciones exteriores, pues tradicionalmente se consideran opuestos los conceptos de culpa y de responsabilidad objetiva, ya que aquella solo da lugar a responsabilidad subjetiva. Desde este punto de vista puede decir que la responsabilidad por culpa o falla en el servicio es una responsabilidad intermedia entre la subjetiva y la objetiva, pues si bien se requiere la existencia de una culpa, no se trata de la culpa subjetiva tradicional, sino de una culpa objetivizada. En todo caso, no es responsabilidad objetiva, porque, si así lo fuera, las personas públicas deberían responder por todos los daños que causaran en desarrollo de su actividad, así fueran completamente ilícitos normales" (Rodríguez Rodríguez, Derecho Administrativo General y Colombiano, 2013, pág. 616).

⁸ Al respecto se pueden analizar los Artículos 1066 y 1067 del Código Civil Colombiano.

⁹ Al respecto se pueden analizar los Artículos 1066 y 1067 del Código Civil Colombiano.

especial, la responsabilidad por riesgo excepcional, la responsabilidad por trabajos públicos, la responsabilidad por expropiación y ocupación de inmuebles en caso de guerra, la responsabilidad por almacenaje, la falla del servicio presunta (Rodríguez Rodríguez, Derecho Administrativo General y Colombiano, 2013, pág. 620).

El daño especial se fundamenta en el principio del derecho público de la igualdad de los ciudadanos ante las cargas públicas, según el cual, cuando un administrado soporta las cargas que pesan sobre los demás, nada puede reclamar al Estado; pero si en un momento dado debe soportar individualmente una carga anormal y excepcional, esa carga constituye un daño especial que la administración debe indemnizar.

Por su parte en la teoría del riesgo excepcional se considera que el Estado compromete su responsabilidad cuando quiera que en la construcción de una obra o en la prestación de un servicio, desarrollados en beneficio de la comunidad, emplea medios o utiliza recursos que colocan a los administrados bien en sus personas o en sus patrimonios, en situación de quedar expuestos a experimentar un "riesgo de naturaleza excepcional" que, dada su particular gravedad, excede notoriamente las cargas que normalmente han de soportar los administrados como contrapartida de los beneficios que derivan de la ejecución de la obra o de la prestación del servicio. (Rodríguez Rodríguez, 2013, pág. 621).

De la responsabilidad por la prestación de los servicios de salud

Ahora bien, con relación a la responsabilidad por la prestación de los servicios de salud incluidos aquellos que se relacionan con actos médicos, hoy día la jurisprudencia lo resuelve con la regla general de la falla del servicio como título de imputación la cual deberá ser probada por parte del demandante¹⁰, a menos que resulte extraordinariamente difícil o prácticamente imposible demostrar dicha falla y la carga se torne excesiva¹¹.

En efecto, el Consejo de Estado se pronunció en sentencia del 5 de marzo de 2015¹²:

"La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste. En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance."

Siguiendo la misma línea el Consejo de Estado en recientes pronunciamientos ha determinado que el servicio médico no solo comporta la praxis en sí misma, sino que además comprende una dimensión estructural, que debe ser organizada de tal manera que la prestación del servicio de salud sea eficiente, oportuna y libre de trámites innecesarios, siendo descrita así:

"Para efectos del caso concreto, se ha de resaltar que una dimensión importante de la diligencia en el servicio médico, tiene que ver con la prestación efectiva y pronta del mismo, esto es, con la

¹⁰ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B. Sentencias del 10 de marzo de 2011, exp. 19.347 y del 09 de febrero de 2011, Exp. 18793, ambas del M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Ver también en este sentido sentencia del 28 de abril de 2011, exp. 19.963 y 10 de febrero de 2011, exp. 19.040, en ambas M.P. Danilo Rojas Betancourt. También las sentencias del 27 de abril de 2011, exp. 19.122; del 07 de abril de 2011, exp. 19.759.

¹¹ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, sentencia del 26 de marzo de 2008, Rad. 15.725, MP: Ruth Stella Correa Palacio.

¹² Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección C. Sentencia del 5 de marzo de 2015. CP: DANILO ROJAS BETANCOURTH. Radicación número: 50001-23-31-000-2002-00375-01(30102)

garantía de la atención, el ingreso, la celeridad, 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, se debe resaltar que la negligencia alegada en los casos de responsabilidad médica no solamente se limita a la mala praxis, por parte del personal tratante, sino que puede darse también en virtud de un desorden infraestructural (ya sea de la Institución médica o del sistema de salud como un todo) por cuya causa, los médicos tratantes ven entorpecida su actuación, aunque, en el caso concreto, actúen dentro de los parámetros de la diligencia posible. En resumen, la negligencia puede ser profesional, pero también sistemático-institucional (...)¹³

Así las cosas, en consideración a que el presente proceso va encaminado a la reparación de los daños sufridos por el fallecimiento de Y.S.R.V presuntamente por omisiones en su atención médica desde el octubre de 2011 hasta el 21 de mayo de 2013 día en que falleció en el Hospital de la Misericordia el menor Y.S.R.; se aplicará el régimen de responsabilidad del estado por falla del servicio probada para el caso bajo estudio.

4.2.3 Caso concreto

Daño

Se observa que está debidamente probada la existencia del daño aducido, puesto que en el plenario obra sendas historias clínicas que dan cuenta del estado de salud del infante registro civil de defunción. Dentro del expediente penal obra informe de necropsia del menor Y.S.R.V que nació el 18 de julio de 2011 (fl. 114 c.1), con fecha de la muerte del 21 de mayo de 2013 (fl. 58 c.1).

Imputabilidad jurídica

Encuentra el despacho que el presente caso se enmarca en el régimen de responsabilidad subjetivo, a través del título de imputación de la falla probada del servicio, lo cual implica que le corresponde a la parte demandante demostrar los supuestos bajo los cuales pretende sea estructurada a la responsabilidad de la entidad demandada.

En el *sub lite* no se encontró responsable a alguna de las entidades demandadas por presunta falla médica que conllevó a la muerte de Y.S.R.V.

En principio, es claro que el menor presentó:

*"...consolidación parénquima pulmonar por proceso infeccioso... el estudio virológico demostró además la presencia de virus sincital respiratorio en la vía aérea... EN RESUMEN, EL CASO CORRESPONDE A UN BEBE DE 1 AÑO DE EDAD(SIC) QUIEN FALLECE EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIA A NEUMONÍA ASOCIADA A INFECCIÓN POR VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO"*¹⁴.

"ANÁLISIS Y OPINIÓN PERICIAL

Según la información disponible el caso corresponde a un niño de 1 año y 10 meses de edad, quien es llevado a centro asistencial por cuadro de un mes de evolución de tos, vómito y fiebre, evoluciona tórpidamente con dificultad respiratoria y fallece.

En la necropsia se aprecia el cadáver de un lactante mayor masculino sin signos de trauma aparente que expliquen la muerte. Al examen interior llamativamente se observa

¹³ Consejo de Estado - Sala de lo Contencioso Administrativo - Sección Tercera - Consejera Ponente: Stella Conto Díaz del Castillo - Bogotá, D.C. 31 de mayo de 2016 - Radicación Número: 17001-23-31-000-2002-11611-01(33650)

¹⁴ Ver folio 118 c.1

consolidación del parénquima pulmonar por proceso infeccioso, lo que explica la muerte. El estudio virológico demostró además la presencia de virus sincitial respiratorio en la vía aérea (ver informe del Instituto Nacional de Salud, código interno 48076 anexo al presente informe).

EN RESUMEN EL CASO CORRESPONDE A UN BEBÉ DE 1 AÑO DE EDAD(SIC) QUIEN FALLECE EN INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA SECUNDARIA A NEUMONÍA ASOCIADA A INFECCIÓN POR VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO.

Probable manera de muerte: natural¹⁵

En la historia clínica del Hospital Rafael Uribe Uribe E.S.E. (fl. 6 a 11 C.1 y 1 a 116 c.2, medio magnético fl. 265-266 c.p.2), al menor Y.S.R.V, le realizaron las siguientes intervenciones médicas:

Fecha	Acción	Folios
02/08/2011 ingreso a las 13:44, egreso 02/08/2011 a las 37:20	Motivo consulta: ha tenido fiebre Diagnóstico principal: Fiebre no especificada Diagnóstico Relacionado 1: ictericia neonatal no especificada Diagnóstico relacionado 2: incompatibilidad del feto del recién nacido ... Observaciones en consulta: recién nacido con sx febril sin foco aparente claro como único foco al momento posible onfalitis, además de ictericia neonatal tardía con antecedente de incompatibilidad RH ... Medicamento: 1 acetaminofén 2 cc vo ahora 2. Ss cuadro hemático vsg parcial de orina bilirrubinas 3. Nueva valoración con resultados.	99-100
10/10/2011 ingreso a las 08:14:57 y egreso a las 09:16:32	Motivo consulta: Tiene mucha tos y respiración con esfuerzo Enfermedad Actual: Paciente de dos meses de edad quien ingresa por cuadro clínico de tos seca, no emetizante, no cínosante, asociado a fiebre no cuantificada ni rinorrea, respiración ruidosa y disfonía, noción contagio, positivo... Diagnóstico principal: Laringitis obstructiva, aguda (CRUP) Diagnóstico Relacionado 1: Faringitis aguda debida a otros microorganismos especificados... Observaciones de consulta: paciente de 2 meses de edad, quien ingresa por cuadro anteriormente anotado, dado además tos bitonal + estridor respiratorio a la auscultación, paciente sin compromiso de patrón respiratorio, no disnea, nohipoxemia, pero por edad de paciente, considero ingresar e iniciar manejo sala era, opr crup wetsley leve, mnb con adrenalina 2 mg/4cc ncads 20min por 1 horas, lavado e higiene nasal si necesi (sic) control 1 horas con SAO2.	52-53 c.2
27/10/2011 ingreso a las 12:56:58 y egreso el 27/10/2011 a las 16:22:45	Enfermedad actual: cuadro clínico aproximadamente 20 días de evolución de tos con movilización de secreciones, emetizante en ocasiones, no cínosante, pletorizante, niega signos de dificultad respiratoria. Hallazgos: c/p rsrc rítmicos sin soplos, se auscultan sibilancias ocasiones en acp. Tórax/ tirajes. Observaciones en Triage: Paciente con cuadro de bronquiolitis leve, se encuentra estable sin signos de dificultad respiratoria, se ordena abrir HC. ... Paciente con cuadro de bronquitis leve, se encuentra estable sin signos de dificultad respiratoria, se ordenan MNB con adrenalina con mg en 3 cc de ssn cada 20 minutos en No. 3 ahora, la vadv nasal ahora, ciclo con salbutamol.	41-42
11/12/2011 entrada a las 10:19:44 hora de egreso a las 11:25:24	MOTIVO CONSULTA: TOS PERSISTENTE CON FLEMAS Enfermedad Actual: PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO TOS PERSISTENTE CON FLEMAS TIENE SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA Hallazgos: NORMOCÉFALO PRIA MUCOSA ORAL ERTIEMA EN LARINGE FARINGE AMIGDALAS HIPERTRÓFICAS SIN PLACAS TÓRAX LEVES RONCUS ABOEM (SIC) TIRAJES SUBSIFOIDEOS SIN SIBILANCIAS ABDÓMEN BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO MEGLIASP(SIC) ERISTALSIS SIN IRRITACIÓN PERITONEAL GU MORFOCONFIGU(SIC) Observaciones del Triage: ANTECEDENTES ALERGICAS NO HOSPITALIZACIÓN POR INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS CUANDO TENÍA 15 DÍAS DE NACIDO O	34-35 C.2

¹⁵ Ver folio 275 rev. C. ppal. 2.

	FRACTURA NO QUIRURGICO NO PRODUCTO 3 EMBARAZO CESAREA ANTERIOR VACUNACIÓN + CONTROL CRECIMIENTO Y DESARROLLO + INSISTO QUE SE INSCRIBA EN LA INSTITUCIÓN SALA ERA MICROS CON ADRENALINA 0,5 CC+2,5CC SOLUCIÓN SALINA 0,9% CADA 30 MINUTOS EN NÚMERO DE TRES DEXÁMENTAZONA 2MG IMUSCULAR (sic) REVALORACIÓN EN 2 HORAS FÓRMULA MÉDICA AMBULATORIO AL TÉRMINO DE LAS MINCROS	
09/12/2012 de ingreso a las 13:32:21 y de egreso el 09/01/2012 a las 14:24:30	Consulta: fiebre sin ningún otro síntoma Enfermedad actual: PACIENTE CON FIEBRE SIN DISURIA SIN CULURIA NO SE HA DADO CUENTA Hallazgos: NOERMOCEFALO EXÁMEN SIN ALTERACIÓN SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO SIN DÉFICIT RESPIRATORIOS Observaciones en Triage: SÍNDROME FEBRIL ORDENÓ ACETAMINOFEN 3.5CC CADA 4 HORAS LORATADINA 22CC CADA 12 HORAS VIT C 5 GOTAS AL DÍA SALIDA CON FÓRMULA MÉDICA	19-20
22/02/2012 A LAS 10:51:08 ingreso, a las 11:11:55 egreso	Motivo de consulta: llora mucho" Enfermedad Actual: CUADRO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN DE LLANATO IRRITABLE Y SEGÚN LA MADRE OTLAGÍA. AYER UN PICO FEBRIL, NIEGA DIARREA O VÓMITO Hallazgos: EDEMA DE TIMPANO IZQUIERDO, NO HAY SECRECIÓN Observaciones en Triage: NO REGISTRARON OBSERVACIONES Impresión DIAGNÓSTICA: OTITIS DE CUALQUIER ETIOLOGÍA Registraron en antecedentes infección urinaria de 15 días de nacido, hospitalizado 15 días en el Guavio. Se le dio salida con dipirona 150 mg im	21-22 c.2
25/06/2012 de ingreso a las 11:03:11 y de egreso el 25/06/2012 a las 11:32:12	Consulta: Gripe y diarrea Enfermedad actual: "APROX UN MES DE RINORREA HIALINA TOS SECA NO DISNEA Y DESDE EL DIA DE AYER FIEBRE. DIARREA HECES LÍQUIDAS EN NUMERO 4 AL DIA SIN SANGRE. TOLERA Y ACEPTA VÍA ORAL. ANTECED: PATOLÓGICOS: IVU ALERGICOS (-) VACUNACIÓN COMPLETA PARA LA EDAD Hallazgos: EG, ALERTA REACTIVO SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA C/C: MEMBRANA TIMPANICA ERITEMATOSA Y OPACA BILATERAL MUCOSA ORAL HMEDE SN EENOFTALMOS MURMULLO VESICULAR NOIRMAL RSCRS SIN SOPLOS ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO NO MASAS SIN DÉFICIT NEUROLÓGICO" Observaciones en Triage: IDX: OMA BILATERAL. RINOFARINGITIS VÍRAL, EDA SIN DESHIDRATACIÓN D POSIBLE ORIGEN VIRAL PLAN. HIDRATACIÓN ORAL PLAN A EN CASA ACETAMINOFEN JARABE DARLE 4.5 CC CADA 6 HORAS CLORFENIRAMINA JARABE DARLE 3 CC CADA 8 HORAS AMOXACILINA SUSP 250MG DARLE 4.5 CC CADA 8 HORAS POR UNA SEMANA, SE LE INIDICAN SIGNOS DE ALARMA POR NEUMONIA NO HAY CITAS PRIORITARIAS POR ESE MOTIVO SE INICIA MANEJO	12 c.2.
13/08/2012 de ingreso 13/08/2011 De egreso	Fiebre. Hallazgos: activo reactivo, luce sano, no luce tóxico, otoscopias, leve eritema sin opacidad, sin abombamiento, sin nivel hidroaereo, no adenopatías, eritema faríngeo leve sin placas ni tossilitis, normocardio, murmullo vesicular conservado. ABD. No doloroso Observaciones de Triage: "CONT. NO DEFENDIDO, NO DISTENDIDO. NEURO SIN DÉFICIT FOCAL. DX 1. GRIPE PLAN. CITA PRIORITARIA. SALIDA. ACETAMINOFEN 4.5 CC AHORA Y C/6 HORAS. HIDRATACIÓN ORAL. LACTANCIA MATERNA. VIGILAR SIGNOS ALARMA. CONTROL X C. EXTERNA MEDICINA GENERAL.	11 c.2
18/10/2012 hora de ingreso 11:13:04 fecha de egreso 18/10/2012 a las 11:34:58	Motivo de consulta: tiene fiebre y el convulsiona Enfermedad actual: cuadro clínico súbito de 1 hora de evolución con fiebre, niega otro síntoma asociado, refiere la madre que le dio acetaminofén e ibuprofeno por lo cual consulta Diagnóstico 1: fiebre no especificada ... Observaciones en Consulta Se ordena dipirona amp 360 mg im, medios físicos	93-94 c.2
21/04/2013 ingreso 10:52 y egreso a las 11:11:07	Motivo de consulta: "ha vomitado" ... Diagnóstico 1: fiebre no especificada Diagnóstico Relacionado 1: amigdalitis aguda no especificada ... Medicamento DIPIRONA 200, G IM AHORA, METOCLOPRAMIDA 3.5 MG IM AHORA	Página 45 del cd , folio 265-266
08/05/2013 ingresó a las	Motivo consulta: tiene fiebre y le duele el pecho ... Tipo de manejo: Laboratorio clínico (ilegible)	72 c.2.

	18:10... HA PERSISTIDO FEBRIL A LA VALORACIÓN CON SÍNTOMAS RESPIRATORIOS ALTOS, SIN OTROS HALLAZGOS QUE SUGIERAN OTRA ETIOLOGÍA, TIENE HEMOGRAMA DENTRO DE LÍMITES NORMALES, URONALISIS NORMAL, GLICEMIA NORMAL, GLICEMIA NORMAL. MEDICAMENTOS: -Dipirona amp x 1g/2ml, 220 Mg cad 24 Hrs VIA: IV (Endovenosa) - Acetaminofén 165 MG VO cada 6 horas Vía: oral 21:07 DIPIRONA AMP X 1G/2ML, 220 Mg Cada 6 Hrs VIA: I V (endovenosa)	
21/09/2012	9:32 DIAGNÓSTICO INFECCIÓN POR ADENOVIRUS 1. CONVULSIÓN FEBRIL COMPLEJA 2. RINOFARINGITO VIRAL Nota aclaratoria: EVOLUCIÓN FAVORABLE, ASINTOMÁTICO. SEGÚN HALLAZGOS DE EEG Y CONCEPTO DE NEUROPEDIATRÍA DEFINIR SI SE REALIZA RNM CEREBRAL TRASHOSPITALARIA O AMBULATORIA PARA DEFINIR EGRESO 18:27 Ordenes de servicio: TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRÁNEO SIMPLE Y CON CONTRASTE CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS NITRÓGENO UREICAO [BUN] TAC DE CRÁNEO SIMPLE CONTRASTADO SS BUN BUN Y CREATININA 11:44 ALTA POR NEUROPEDIATRÍA	200
22/09/2012	15:22 ÓRDENES POR NEUROPEDIATRÍA DE RNM Y CONTROL RECOMENDACIONES POR SIGNOS DE ALARMA 18:06 POR ORDEN DE NEUROPEDIATRÍA SE SUSPENDE TAC DE CRÁNEO, SE DA ORDEN DE RNM CEREBRAL AMBULATORIA 18:10 PANEL VIRAL ADENOVIRUS POSITIVO 18:11 NORMAL PARA LA EDAD De las 4 a las 23 horas inician reanimación se le aplica Lactato de ringer bolsa por 500ml – 200 mL 1 Dosis c/1 MZC-DAD 5% 500 ML + CL SODIO 20 ML + CL POTASIO 5 ML – 40 1 Dosis c/24 4:00 ingresa paciente para reanimación ... 6:43 queda paciente para reanimación tranquilo estable en compañía de la mama con oxígeno por cánula nasal a 0,5 litros y vena canalizada pasando mezcla pediátrica a 40 cc/h. pendiente revaloración con resultados... 12:00 pasa la mañana estable sin complicaciones en compañía de familiar ... 16:01 presenta síndrome febril con temperatura de 39 grados y por orden médica se administra dosis de dipirona 250 mg endovenoso y se utiliza jeringa de 10cc	201
06/05/2013	20:13 ...DE SÍNDROME FEBRIL FACILITADAS POR FIEBRE, ÚLTIMO EPISODIO CONVULSIVO HACE 6 MESES, EPISODIOS TONICO CLONICOS GENERALIZADOS Y EVERSIÓN DE LA MIRADA DE APROXIMADAMENTE 10 MINUTOS DE EVOLUCIÓN, REFIERE IMÁGENES DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES, EN CONTROL NEUROPEDIATRÍA, SIN MANEJO ACTUAL CONSULTA POR CUADRO CLÍNICA DE 12 HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN FIEBRE 40.5 MANEJADA CON ACETAMINOFEN 7 CC CADA 4 HORAS, SIN MEJORÍA, ASOCIADO CON PÉRDIDA DEL TOMO POSTURAL Y ESTADO DE CONCIENCIA DE 1 MINUTO DE DURACIÓN. ASOCIADA A SIN EXPECTORACIÓN, NO CIANOSANTE, NO EMETIZANTE E HIPOREXIA PARA SOLIDOS... 21:21 EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN PICOS FEBRILES... EPISODIO CONVULSIVO NO CLARO, DADO QUE SE ENCUENTRA FEBRIL ESTADO NEUROLÓGICO NO ESTAN CLARO DADO QUE SE ENCUENTRA IRRITABLE SE CONSUELA FACILMENTE CON SU MADRE...CON NOSIÓN DE CONTAGIO VIRAL POSITIVA, DADO EL ANTECENTE DEL PACIENTE Y EL CUADRO ACTUAL SE DEJA EN OBSERVACIÓN, SE SOLICITA PARICLA DE ORINA Y GRAM DE ORINA, SE EXPLICA MADRE TÉCNICA ADECUADA DE RECOLECCIÓN, SE AJUSTA MANEJO ANTIPIRETICO, CURVA TÉRMICA, HOJA	204

	NEUROLÓGICA, CONTROL DE SIGNOS VITALES REVALORACIÓN. SE EXPLICA A LA MADRE, SE ACLARAN DUDAS, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR MANEJO. PLAN TRASLADAR A OBSERVACIÓN SE SOLICITA PARCIAL DE ORINA, GRAM DE ORINA CURVA TERMINA Y CONTROL DE SIGNOS VITALES HOJA NEUROLÓGICA 23:08 EN CONTROL CON NEUROPEDIATRIA, SIN MANEJO ACTUAL, CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE 12 HORAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN FIEBRE 40.5 MANEJADA CON ACETAMINOFEN 7 CC CADA 4 HORAS, SIN MEJORÍA, ASOCIADO A PÉRDIDA DE TONO POSTURAL Y EL ESTADO DE CONCIENCIA DE 1 MINUTO DE DURACIÓN. ASOCIADA A TYOS SIN EXPECTORACIÓN, NO CINOSANTE, NO EMETIZANTE. E HIPOREXIA PARA SOLIDOS. 21:21 ...MEJORADO PICO FEBRIL, ASOCIADO A SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, AL EXÁMEN FÍSICO FEBRIL, HIDRATADO, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN OTROS HALLAZGOS POSITIVOS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN NECESIDAD DE OXIGENO SUPLEMENTARIO, CON NOCIÓN DE CONTAGIO VIRAL POSITIVA, DADO EL ANTECEDENTE DEL PACIENTE Y EL CUADRO ACTUAL SE DEJA EN OBSERVACIÓN, SE SOLICITA PARCIAL DE ORINA... 21:28 SALA DE OBSERVACIÓN (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD ALTA SOD	206-207
07/05/2013	04:31 SE ATENDIDO LLAMADO DE ENFERMERÍA. MADRE REFIERE 3 EPISODIOS EMETICOS DESDE EL INGRESO Y POCA ACEPTACIÓN DE LA VÍA ORAL. POR LO CUAL SE ORDENA LEV A 50CC/H. DE ACUERDO A EVOLUCIÓN SE DEFINIRAN NUEVAS CONDUCTAS 05:43 CON POSIBLE FOCO INFECCIOSO GASTROINTESTINAL... 12:52 CRISIS FEBRIL COMPLEJA INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS ALTAS 13:49 UROANÁLISIS GRAM NEGATIVOS 22:00 HORAS ACETAMINOFEN JBE 150MG/5ML... ... 22:10 IGRESA PACIENTE A OBSERVACIÓN DESPIERTO ALERTA TRANQUILO EN COMPAÑÍA DEL FAMILIAR SIN OXÍGENO SIN ACCESO VENOSO PENDIENTE RECOGER MUESTRA DE ORINA ...	207-208

En la transcripción de la historia clínica de la Subred Integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E.¹⁷ le realizaron las siguientes intervenciones médicas:

“...
21 de abril del 2013 hora 10:57 FORMATO TRIAGE

OBSERVACIONES DE ADMISIÓN: Capitado

EXÁMEN FÍSICO BÁSICO- Signos vitales

Tensión arterial: 0/0, Frecuencia respiratoria: 32, Frecuencia cardiaca: 145, Peso: 12.4 Kg, talla: 0.0, Glasgow: 15/15 temperatura: 36.6°C, Saturación O2: 94%

INFORMACIÓN DE CONSULTA -Triage:

Motivo de consulta: “ha vomitado”

Enfermedad actual: Paciente con cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en fiebre no cuantificada asociado a fiebre no cuantificada, asociado a emesis en varios episodios, asociado a tos seca no productiva

Hallazgos: Febril

Observaciones triage: Sin otra alteración

¹⁷ Cuaderno principal 2 fls. 271-272

Impresión DIAGNÓSTICA: Triage 2 no especificado

ANTECEDENTES:

Enfermedad actual: Paciente con cuadro clínico de 1 día de evolución consistente en fiebre no cuantificada asociado a fiebre no cuantificada, asociado a emesis en varios episodios, asociado a tos seca no productiva.

Antecedentes personales: antecedentes de convulsión febriles, manejo con neuropediatría, patológicos: negativos, quirúrgicos: negativos, no refiere alérgenos, hospitalarios: negativos, niega traumáticos

Antecedentes familiares: niega

Revisión por sistemas: cabeza no refiere, cuello no refiere, gastrointestinal no refiere, genitourinario: no refiere, extremidades no refiere, neurológico no refiere megalias.

EXAMEN FÍSICO:

Cabeza y cuello: mucosas húmedas cuello sin adenopatías, Orofaringe congestiva con hipertrofia amigdalina con eritema en lecho tonsilar

Tórax: Movilización escasa de secreciones, no tirajes, no signos de dificultad respiratoria

Abdomen: Normal

Genitourinario: Normal:

Extremidades: Normal

Neurológicos: Sin déficit

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Diagnóstico principal: FIEBRE, NO ESPECÍFICA

Diagnóstico relacionado I: AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECÍFICA Observaciones en consulta: Se decide iniciar manejo-antipirético y antiemético. PLAN DE MANEJO:

Medicamento: Dipirona 200 mg IM ahora, metoclopramida 3.5 mg IM ahora. CONDUCTA FINAL:

Sala de espera.

Observaciones en conducta final: Nueva valoración con inicio de tolerancia a la vía oral. 21 de abril del 2013 hora 14:21

NOTA EVOLUCIÓN DÍA

Paciente tolera vía oral, sin emesis con temperatura de 36.3 °C.

Se decide dar salida con recomendaciones y signos de alarma. Salida 8 de mayo del 2013 hora 17:20

FORMATO TRIAGE

OBSERVACIONES DE ADMISIÓN: lactante

EXÁMEN FÍSICO BÁSICO Signos vitales

Tensión arterial: 0/0, **Frecuencia respiratoria:** 26, **Frecuencia cardíaca:** 158, **Peso:** 12 Kg, **talla** 0.0, **Glasgow:** 15/15 **temperatura:** 37°C, **Saturación O2:** 92%

INFORMACIÓN DE CONSULTA Triage:

Motivo de consulta: tiene fiebre y le duele el pecho

Enfermedad actual: cuadro clínico de 4 días de evolución con fiebre, tos, congestión nasal, acompañado de pérdida de apetito y vómito por lo cual consulta.

Hallazgos: faringe hipertérmica, tórax simétrico, pulmones con roncus y crepitos en ambos campos pulmonares, tirajes leves intercostales. **Observaciones triage:** se ordena hemograma, sala ERA. **Impresión DIAGNÓSTICA:** Triage 2 no especificado

ANTECEDENTES:

Enfermedad actual: cuadro clínico de 4 días de evolución con fiebre, tos, congestión nasal, acompañado de pérdida de apetito y vómito por lo cual consulta.

Antecedentes personales: antecedentes de convulsión febriles, manejo con neuropediatría, patológicos: negativos, quirúrgicos: negativos, no refiere alérgenos, hospitalarios: infección de vías urinarias y convulsivos, niega traumáticos, PAI completo.

Antecedentes familiares: niega

Revisión por sistemas: Normal

EXÁMEN FÍSICO:

Cabeza y cuello: faringe hipertérmica

Tórax: pulmones con roncus y crepitos en ambos campos pulmonares, tirajes leves intercostales

Abdomen: Normal

Genito-Urinario: Normal

Extremidades: Normal

Neurológicos: Normal

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _ Diagnóstico principal: BRONQUIOLITIS AGUDA NO ESPECÍFICA 2 2 O / 2 / 2 4 1 7 ' 5 5 Diagnóstico relacionado 1: FIEBRE NO ESPECÍFICA

...

Observaciones en consulta: se ordena hemograma, sala ERA.

PLAN DE MANEJO:

Laboratorio clínico: se ordena hemograma, sala ERA.

CONDUCTA FINAL:

Sala ERA. Revalorar.

B de mayo de 2013 22:40 NOTA MÉDICA REVALORACIÓN

Sale paciente de sala ERA con saturación: 90%, PC: 141, PR: 24, auscultación escasos roncus, no tirajes, hemograma blancos: 4530 N: 58% L: 36%.

Plan: Salida, Control sala ERA, Hidratación oral, Lavado Nasal, signos de alarma.

09 de mayo del 2013 hora 10:26 FORMATO TRIAGE

OBSERVACIONES DE ADMISIÓN: No se registraron observaciones

EXÁMEN FÍSICO BÁSICO Signos vitales

Tensión arterial: 0/0, Frecuencia respiratoria: 28, Frecuencia cardíaca: 154, Peso: 12.0 Kg, talla: 0.0, Glasgow: 15/15 temperatura: 36. 0°C, Saturación O2: 87%

INFORMACIÓN DE CONSULTA–Triage:

Motivo de consulta: "Fiebre y dificultad para respirar"

Enfermedad actual: Paciente con cuadro de fiebre, tos con expectoración verde, rinorrea verde, somnolencia, emesis de contenido alimentario y malestar general.

Hallazgos: Paciente consciente afebril con mucosas húmedas PINRL Orofaringe hiperemeica congestiva con amígdalas hipertróficas con placas, tórax simétrico no tirajes RSCS no soplos pulmones ventilados con crepitos finos en ACP resto de EF normal

Observaciones triage: paciente al cual se solicita Rs de tórax AP y Lateral Nueva valoración.
Impresión DIAGNÓSTICA: Triage 2 no especificado

ANTECEDENTES:

Enfermedad actual: Paciente con cuadro de fiebre, tos con expectoración verde, rinorrea verde, somnolencia, emesis de contenido alimentario y malestar general.

Antecedentes personales: antecedentes de convulsión febriles, manejo con neuropediatría, patológicos: negativos, quirúrgicos: negativos, no refiere alérgenos, hospitalarios: infección de vías urinarias y convulsivos, niega traumáticos, PAI completo.

Antecedentes familiares: niega

Revisión por sistemas: cabeza no refiere, cuello no refiere, gastrointestinal no refiere, genitourinario: no refiere, extremidades no refiere, neurológico no refiere.

EXÁMEN FÍSICO:

Cabeza y cuello Paciente consciente afebril con mucosas húmedas PINRL Orofaringe hiperemeica congestiva con amígdalas hipertróficas con placas

Tórax: simétrico no tirajes RSCS no soplos pulmones ventilados con crepitos finos en ACP
Abdomen: Blando no doloroso no masas

Genito-Urinario: Normal:

Extremidades: Eutróficas no edemas

Neurológicos: Sin déficit sensitivo o motor aparente

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

Diagnóstico principal: INFECCIÓN AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECÍFICA
Diagnóstico relacionado I: AMIGDALITIS AGUDA NO ESPECÍFICA

Observaciones en consulta: Paciente al cual se solicita Rs de tórax AP y Lateral Nueva valoración.

PLAN DE MANEJO:

	A- Paciente con dificultad respiratoria leve moderada ordenó MNB con salbutamol ahora p/ ciclo MNB ahora explicó a la madre 2010 se atiende llamado de enfermería por fiebre sin cambios al (ilegible) Plan 1 dipirona 300 mgr cada 6/horas 2 Acetaminofén 180 mg ... 3 ss hemograma por hemocultivo	27 rev.
20/05/2013	15:00 ampicilina sulbactam 700 ... 1 ranitidina 18 mg ... (ilegible) Lavado nasal (ilegible) Salbutamol 2 mg c/4h (ilegible) 16:00 1(ilegible) 9+30 1dieta astringente 2 semisentado 3 O2 x ON para sat 290% 4 DAR 500 cc 5% + NATROL 12.5+KATROL PAS A 40 00/H 5 AMPICILINA SULBACTAM 700 MG C/6 H 6 METODOPROMIDA 2,0 MG 10 AHORA 7 RANITIDINA 10 MG IV 0/8H 8 FÓRMULA MAGISTRAL APPLICAR 4 VECES E ENJUAGUES BUCLAES 9 SALBUTAMOL A POFF 0/4H 10 BROMORO 2 POFF 0/4H 10 (sic) TERAPIA RESPIRATORIA 11 LAVADOS NAALES 12 OSV Y OXINUTRIAS 13+30 DIPIRONA 300 MEG 10 C/HO 14+30 MNB CON SALBOTAMOL 0/20 X 3 2005 1 DIPIRONA 300 MG 1 VC/6 H 2 ACEFAMINA FEN 180 MGH VO C/6HO 3 SS HEMOGRAMA + HEMOCULTIVOS 15+30 (ilegible) Juan Carlos Penagos Pediatra U El Bosque RM 80698/19.613.669 18+20 (ilegible) se ss hemocultivo Se convina AB C (ilegible) vancomicina ... 20+00 pte con dc anotadas en compañía de su madre durante la tarde febril fc 120 (ilegible) cabeza mucosa (ilegible) Crepitos bucales no tirajes p/ pte en espera de hemocultivos tomados el día de ayer por lo que se suspende la orden de (ilegible) 2330 (ilegible)	29 29 REV. C.1 26-27
21/05/2013	03+50 Nota retrospectiva Se recibe llamado de enfermería quien en ronda observa menor en paro respiratorio por lo que realizó llamado de 02+50 Ingreso a la habitación 307 observo paciente con palidez (ilegible) generalizado peribucal paciente en asistolia por lo que activa código azul. Inició reanimación avanzada con ambo y masaje cardiaco se ordena primera dosis de adrenalina se continua con ambo y masaje cardiaco se recibe apoyo Dr Morales, Dr Gutiérrez continuando reanimación avanzada ordena intubación orotraqueal se realiza laringoscopia fácil se observa abundantes secreciones se aspiran, se visualizan cuerdas vocales se ordena (ilegible) masaje cardiaco se pasó tubo orotraqueal y con nomotapanodar se introduce da 12.5 cm de comisura labial se inicia apoyo con ambo se verifica (ilegible) se observa heno expansión continúa reanimación avanzada según (ilegible) revalorado permanentemente se pasa dosis sucesivas de adrenalina paciente en asistolipec(sic) de (ilegible) hora de fallecido 03+18, se le informa a la madre, se ordena traslado del menor a la unidad transitoria de cadáver	28-28 rev.

	03+50 1 intubación orotraqueal 2 adrenalina (ilegible) dosis sucesivas 3 traslado a la morgue	30 c.1
--	--	--------

En la Guía de manejo síndrome febril agudo del Hospital la Misericordia (fls. 189-193 c.1), se explicó que en diferentes estudios alrededor del 7 a 10 por ciento de los menores de 2 años con temperaturas mayores a 39 grados, sin foco evidente se encuentra una infección bacteriana seria, como meningitis, infección de vías urinarias (IVU), artritis, osteomielitis, neumonía o sepsis.

Agregó que en el rango de edad de 3 a 36 meses el riesgo de que se trate de una bacteriemia oculta es de 3 a 11 por ciento (promedio 4.3%), es decir la presencia de una bacteria patógena en la sangre de un niño febril, sin apariencia clínica de ser portador de enfermedad grave.

En este documento se precisa que aspecto tóxico es la presencia de uno o más de los siguientes signos: mal aspecto, letargia, de caimiento, mala perfusión, hipoventilación y cianosis¹⁸.

Cuando se presenta fiebre sin foco, la infección urinaria es la primera afección a descartar, se debe realizar uroanálisis con sonda si el paciente no controla esfínteres y gram de orina sin centrifugar si el tiempo de duración del cuadro febril es superior a tres días.

Si el aspecto es tóxico y no hay foco aparente el cuadro clínico constituye una emergencia y el paciente debe ser hospitalizado de inmediato, se deben tomar exámenes completos de (hemograma, orina y líquido cefalorraquídeo) para evidenciar el foco infeccioso, tomar cultivos e iniciar tratamiento con antibióticos parenterales (ceftriaxona a dosis de 10 miligramo/kili/día en dosis intravenosa) hasta resultado de los cultivos y teniendo en cuenta "GM-AI-01 Guía de Manejo Terapia Antimicrobiana"¹⁹.

Si el aspecto no es tóxico combinar la evaluación clínica y el resultado de laboratorio inespecíficos para determinar se toman hemocultivos o se realiza una punción lumbar. Recuento de leucocitos menores de 5000/mm³ o mayores de 15000/mm³ y la velocidad de sedimentación globular mayor de 30 milímetros / hora sugieren infección bacteriana seria o bacteriemia.

Si existe la posibilidad de control en 24-48 horas y hay buen soporte familiar de reconocimiento de signos de alarma puede no ser necesario realizar exámenes de rutina, excepto uroanálisis y se puede considerar manejo con observación en casa con controles en los tiempos mencionados para determinar evolución clínica.

Recomienda el documento evaluar cuidadosamente a los lactantes febriles en busca de foco bacteriano, el examen físico y la anamnesis son la base para establecer el foco infeccioso. Destacó que el tratamiento empírico con antibióticos es inaceptable, ya que el hemocultivo puede ser útil para ayudar a diferenciar una meningitis bacteriana parcialmente tratada, de un síndrome viral en el caso en que las condiciones clínicas de un niño empeoren²⁰.

En la Guía de detención temprana aportada por el Hospital Rafael Uribe Uribe se explicó el seguimiento dese que nace el menor en su escala de crecimiento y evaluación de

¹⁸ Ver folio 190 c.1

¹⁹ Ver folio 191 c.1

²⁰ Idem

factores de riesgo genéticos, características de los padres, composición y estabilidad familiar, valores de familia, personas a cargo del niño, culturales sociales, etc.; la inscripción los controles, la elaboración de una historia clínica²¹.

En la guía para la atención de la enfermedad respiratoria aguda²² del mismo hospital, explicó que la Infección Respiratoria Aguda, es el proceso infeccioso de cualquier área de las vías respiratorias; puede afectar la nariz, oídos, faringe, epiglotis, laringe, tráquea, bronquios, bronquiolos o pulmones.

"Debido a la posibilidad de afectar una o varias partes de las vías respiratorias, es posible encontrar signos y síntomas de infección variables, tales como: tos, fiebre dificultad respiratoria, odinofagia, otalgia, rinorrea, escurrimiento posterior, disfonía, estridor, estruendo, entre otros.

Afortunadamente la mayoría de los niños con algunos de estos síntomas sólo padecen una infección leve, y auto-limitada tal como un resfriado común. Sin embargo, unos cuantos niños desarrollan neumonía la cual de no ser tratada a tiempo puede ocasionar hasta la muerte como consecuencia de un compromiso respiratorio progresivo llevando al paciente a insuficiencia respiratoria y así desencadenar una sepsis.

DEFINICIONES

...
Faringitis

La faringitis es una enfermedad inflamatoria de la mucosa y estructuras adyacentes a la garganta. Clínicamente existen 3 entidades principales que son: amigdalitis, nasofaringitis y faringo amigdalitis, las cuales generalmente se acompañan además de diversos grados de inflamación de la úvula, nasofaringe y paladar blando. La mayoría de las faringitis tienen un origen viral. Con frecuencia se asocian al resfriado común producido por los rinovirus, coronavirus o virus de la influenza o para influenza. Los pacientes presentan "carraspera" o dolor de garganta. Así como coriza y tos. La faringe se encuentra inflamada, edematosa y puede o no estar acompañada de exudado purulento.

NEUMONÍA. Cuadro clínico de infección respiratoria aguda que compromete el parénquima pulmonar y que se acompaña de algún signo de dificultad respiratoria tal como síntomas nasales, tos, fiebre de menos de 15 días de evolución y que presenta taquipnea o retracciones subcostales sin componente bronco obstructivo, usualmente se auscultan crepitos de alta tonalidad a final de inspiración. Se clasifica en Muy grave, grave, inicial y nosocomial.

NEUMONIA NOSOCOMIAL. Toda infección pulmonar que aparece 72 horas después de haber ingresado el paciente en una institución hospitalaria o las que aparecen hasta después de una semana después de su egreso.

BRONQUIOLITIS. Cuadro agudo de obstrucción de las pequeñas vías aéreas, producido por infección del tracto respiratorio superior, que afecta fundamentalmente a los menores de 2 años, es de tipo endémico pero se presentan picos claros durante los meses de invierno. En el 80% de los casos es causada por el Virus Sincitial Respiratorio pero puede ser causada por: Para influenza, Adenovirus, Micoplasma, Influenza tipo A. El principal evento es la obstrucción de los bronquios y bronquiolos terminales como resultado de la infiltración unifonocitaria de la mucosa e hipersecreción que conlleva a atrapamiento de aire y áreas de atelectasias, tiene un alto grado de contagiosidad, y generan especial riesgo para población de niños con enfermedad severa de base

DESTRUCCIÓN AGUDA DE VÍAS AEREAS SUPERIORES. Cuadro agudo de dificultad

²¹ Ver folios 117 a 139.

²² Ver folios 140-151 c.2

respiratoria de intensidad variable, con ruidos altos transmitidos generalmente de predominio inspiratorio (Estridor).

ASMA. Enfermedad crónica inflamatoria de la vía aérea caracterizada por respuesta exagerada a diferentes factores como (frío, polvo, olores fuertes, virosis o gripas, etc.), generando obstrucción de la vía aérea, fisiopatológicamente está determinada por 3 factores básicos: Contracción muscular bronquial Aumento de secreciones bronquiales Inflamación de la mucosa bronquial²³

Se recomendó la misma guía para el manejo de la neumonía inicial, lo siguiente²⁴:

NEUMONIA INICIAL: Manejo ambulatorio si las características familiares lo permiten.
Medidas de soporte en casa:

Manejo de fiebre, continuar alimentación, administración abundante de líquidos fraccionados, recomendar desobstrucción nasal frecuente según necesidad, indicar signos o indicadores de empeoramiento para regresar si los presenta.

No se recomiendan anticonvulsivos, vaporizaciones ni maniobras de higiene bronquial, salvo en casos muy bien seleccionados, que se acompañen de importante componente secretante, o que presenten atelectasias.

Indicar signos de alarma y consultar inmediatamente si aparece alguno de ellos

Antibióticos:

Amoxicilina (80 a 100 mg/kg/día) 3 dosis/día por 10 días
Ó Ampicilina (200 mg/kg/día) 4 dosis/día por 10 días
Ó Penicilina Procaína: 50.000 mg/kg/día, 2 dosis/día por 7 días.

Debe tener control en 48 horas.

OTRAS NEUMONIAS REMITA PARA HOSPITALIZACIÓN"

Conforme a lo encontrado en el expediente, frente a la imputación de la parte demandante de que existe una falla presunta de la prestación del servicio médico consistente en un error al no usarse los parámetros lógicos establecidos²⁵, no se probó una falla del servicio médico por cuanto se prestaron los servicios médicos acorde a lo estipulado en las guías de atención temprana y de enfermedad respiratoria aguda. Extraña el despacho un dictamen médico que determine si el servicio prestado al menor por parte de las diferentes entidades fue acorde o no a la *lex artis*.

Se observa que la causa de la muerte fue por la neumonía asociada a infección por virus sincital respiratorio, sin que exista prueba que determine que el tratamiento prestado por la Subred integrada de Servicios de Salud Centro Oriente E.S.E. no fue acorde con la patología presentada, del mismo modo, no obra prueba de que en el Hospital de la Misericordia y en la Clínica Rafael Uribe Uribe no se haya prestado la atención médica acorde a las patologías allí encontradas.

De los testimonios se resalta que los diferentes galenos indicaron, sin prueba en contrario, que las diferentes consultas a las que fue llevado al menor en los establecimientos médicos no correspondían a un mismo cuadro o patología base y en cambio que la reacción de inflamación de las vías respiratorias si era un síntoma persistente del menor ante las diferentes infecciones que padeció.

²³ Ver folio 140-141 c.2.

²⁴ Ver folio 147 c.2.

²⁵ Ver folio 112 c.1.

No es posible endilgar, un error de procedimiento, de diagnóstico, de tratamiento sin prueba que lo certifique, máxime cuando la causa de la muerte fue la patología tratada en el último establecimiento médico, sin que sea posible determinar a la suscrita si las dosis, los medicamentos, los tiempos de aplicación fueron adecuados sin experticio que lo señale. Se reitera que de las guías médicas y de las historias clínicas aportadas se desprende que se le prestó el tratamiento acorde a las patologías presentadas en su momento por el paciente.

No se prueba que faltó personal idóneo, con conocimiento y experiencia necesaria e implementos médicos, bien sea de los médicos y enfermeras tratantes o de los implementos quirúrgicos.

Tampoco se observa imputación y prueba alguna que indique que no se realizaron los exámenes necesarios, tampoco que el tratamiento empleado no era el adecuado, al contrario, se tiene que, de la lectura de la historia clínica, valoración de testimonios y las guías de prestación del servicio médico aportadas, se realizó el procedimiento necesario, respetando la *lex artis*, razón por la cual frente a las demandadas se negaran las pretensiones.

Se reitera que no obra documento, dictamen o medio de prueba que permita inferir que existió un tratamiento erróneo u omisión derivada directamente de una mala *praxis* de algún miembro médico o administrativo, que conllevará a al daño alegado, toda vez que tal como lo señaló las historias clínicas, el tratamiento de la paciente fue normal sin que se demostrará que el origen de la patología era imputable a alguna de las demandadas. No se probó la presunta tardanza en el suministro de un medicamento formulado,

Respecto de la carga de la prueba, el Tribunal Administrativo de Cundinamarca afirmó²⁶:

"Encuentra pertinente la Sala afirmar su conclusión en el principio de la carga de la prueba consagrado en el artículo 177 del Código de Procedimiento Civil

"ARTÍCULO 177. CARGA DE LA PRUEBA. Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen. Los hechos notorios y las afirmaciones o negaciones indefinidas no requieren prueba."

Entendido por la doctrina en dos ángulos: de un lado, la autorresponsabilidad que les incumbe a las partes de probar los hechos que sirven de fundamento a las consecuencias de derecho buscadas con el actuar procesal, sin que pueda trasladarse al juez esta obligación y de otro lado, una regla de juicio que indica al juez cómo debe fallar cuando no aparezcan probados tales hechos. Tal principio está fincado además en el principio de necesidad de la prueba, según el cual el juez sólo conoce los hechos por medio de pruebas eficaces, oportuna y regularmente allegadas al proceso, con respeto a las normas procesales.

En el caso concreto era carga de la parte actora probar los hechos sustento de la causa petendi, situación que desatendió dentro del término procesal para ello, pues no desplegó su actividad probatoria dentro de la etapa procesal correspondiente aportando las pruebas pertinentes e idóneas para demostrar fácticamente la presunta falla cometida."

Finalmente, no se tiene medio de prueba alguno para calcular si el tiempo que duró la atención al menor fue excesivo o si esto fue causa eficiente del daño y tampoco se demostró una pérdida de oportunidad porque: "... la extinción de una expectativa legítima, esto es, la frustración de la oportunidad en sí misma, pues si el beneficio o el mal que se quería eludir estuvieran revestidos de certeza no se podría hablar del daño consistente

²⁶ Tribunal Administrativo de Cundinamarca Sección Tercera Subsección "A", sentencia del 19 de agosto de 2010, radicación: 2006-00088, MP: ALFONSO SARMIENTO CASTRO.



en la pérdida de una oportunidad, sino del daño frente a un resultado cierto cuya reparación es total y no proporcional: se repara la pérdida del chance, no la pérdida del alea"²⁷.

Así las cosas, al no encontrar probada la falla en el servicio médico en el tratamiento realizado a Y.S.R.V por la parte demandada, o una pérdida de oportunidad, se resolverá negar la totalidad de las pretensiones de la demanda por cuanto no existen los fundamentos suficientes que permitan imputar la responsabilidad extracontractual a las demandadas y a la llamada en garantía.

13. COSTAS

En el caso bajo estudio no encontró fundamentos suficientes para condenar en costas a la parte vencida, razón por la que se abstuvo de reconocer ese concepto en esta instancia a cargo del demandante (artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo y el artículo 365 del Código General del Proceso).

En mérito de lo expuesto, el **JUZGADO SESENTA Y UNO (61) ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO JUDICIAL DE BOGOTÁ D.C – SECCIÓN TERCERA** administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

FALLA

PRIMERO: NEGAR las pretensiones de la demanda, de conformidad con lo expuesto dentro de la parte motiva de la presente providencia.

SEGUNDO: Sin condena en costas en esta instancia

TERCERO: Ejecutoriada la sentencia, remítase el expediente al competente para la liquidación de los gastos procesales y devolución de remanentes si los hubiere.

CUARTO: Cumplido lo anterior, por Secretaría archívese el expediente.

NOTIFIQUESE Y CÚMPLASE

Edith Alarcón Bernal
EDITH ALARCÓN BERNAL
Jueza
Juzgado Administrativo y Uno Administrativo
Circuito Judicial de Bogotá, D.C. Sección Tercera

²⁷ "Si bien la posición mayoritaria -que se puede denominar moderada- acepta que no se debe exonerar de responsabilidad al agente -probablemente dañoso- por las dificultades de orden probatorio, también está de acuerdo en que no se le puede imponer el débito resarcitorio de la totalidad del daño que pudo muy probablemente no haber causado; no obstante, subsisten serias diferencias respecto a la manera como se debe solventar el problema causal, lo que repercute directamente en la tasación de la indemnización.

(...)

14.6. Así las cosas, la Sala considera que la pérdida de oportunidad es un fundamento de daño, que si bien no tiene todas las características de un derecho subjetivo, autoriza a quien ha sido objeto de una lesión a su patrimonio -material o inmaterial- a demandar la respectiva reparación, la cual será proporcional al coeficiente de oportunidad que tenía y que injustificadamente perdió. Aquí el objeto de reparación no es, en sí, la ventaja esperada o el menoscabo no evitado sino, únicamente, la extinción de una expectativa legítima, esto es, la frustración de la oportunidad en sí misma, pues si el beneficio o el mal que se quería eludir estuvieran revestidos de certeza no se podría hablar del daño consistente en la pérdida de una oportunidad, sino del daño frente a un resultado cierto cuya reparación es total y no proporcional: se repara la pérdida del chance, no la pérdida del alea.

(...)

16.2. En materia médica los supuestos de daño por pérdida de oportunidad en su perspectiva negativa se suelen presentar, de un lado, por la privación de las expectativas de sobrevivir y, del otro, por la privación de la esperanza de curarse, restablecerse o mejorar su estado de salud."²⁷