



**JUZGADO SESENTA Y UNO (61) ADMINISTRATIVO DEL
CIRCUITO DE BOGOTÁ
SENTENCIA No. 13**

Bogotá D.C., treinta y uno (31) de enero de dos mil veintidós (2022)

MEDIO DE CONTROL: Reparación Directa
RADICACIÓN: 11001334306120160048800
DEMANDANTE: Jhon Fredy Garcias Acevedo y otros
DEMANDADO: Hospital del Sur E.S.E. y la Clínica del Occidente
LLAMADO EN GARANTÍA: Allianz Seguros 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, surtida a través del medio de control de reparación directa impetrado por Jhon Fredy Garcias Acevedo y Jackeline Hurtado Moreno, en contra de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (Hospital del Sur E.S.E) y la Clínica del Occidente por los perjuicios causados con ocasión de las presuntas fallas en que incurrió la demandada durante la prestación del servicio médico que según se indicó generaron la muerte del menor D.A.G.H.

2. TEMA PRINCIPAL TRATADO

Responsabilidad patrimonial de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (Hospital del Sur E.S.E) y la Clínica del Occidente por presuntas fallas en la prestación del servicio médico.

3. ANTECEDENTES

3.1. Pretensiones de la demanda

El 7 de diciembre de 2016, los interesados instauraron demanda en ejercicio del medio de control de reparación directa (Fls.1 a 6 c.1 ppal.), subsanada el 17 de febrero de 2017 (Fls. 17 a 24 c.1 ppal.) con las siguientes pretensiones:

“1.- Declarara la responsabilidad civil extracontractual por la mala atención en las entidades demandadas (sic), que desencadenó en el daño antijurídico de la muerte del menor D... A... G...(SIC) H... ocurrida el día 22 de octubre de 2014, pague a las demandantes (sic) por los siguientes conceptos causados, a título de:

a. Por perjuicios morales. La suma de 100 salarios mínimos legales mensuales vigentes por cada uno de los demandantes.

b. Lucro cesante consolidado y futuro: Quinientos setenta y ocho millones de pesos (\$578.000.000.00) por concepto de vida probable del menor calculado en razón de un salarios (sic) mínimo mensual vigente hasta la fecha de la vida probable certificada por el DANE.

c. Indexación de las sumas que resulte de los conceptos antes mencionados desde su causación hasta la fecha en que se efectúe el pago.

D. Los intereses moratorios, conforme a lo señalado en el artículo 195 y demás normas concordantes del C.P.A.C.A.

G.- Costas y agencias. (...)”

3.2. 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) D.A.G.H nació el 28 de enero de 2011 en el Hospital de Fontibón E.S.E., con la característica de ser bajo de peso, situación que los médicos le expresaron era normal.
- b) En el día cuarto de su nacimiento, D.A.G.H. se puso de morado, por lo cual sus padres lo llevan al CAMI de Patio Bonito en donde des las 10 AM estuvieron en espera de una ambulancia que llegó entre 7 y 8 PM, siendo trasladado al Hospital Centro Oriente, en donde después de ser examinado es trasladado al Hospital de La Victoria, en donde fue hospitalizado por 15 días con un diagnóstico de hipoglucemia neonatal, bajo peso y sepsis bacteriana.
- c) Al mes de nacimiento D.A.G.H. acudieron nuevamente al Hospital de La Victoria al presentar bronquitis que requirió hospitalización por 8 días.
- d) A los 4 meses de edad D.A.G.H fue valorado médicamente en donde determinaron que el menor tenía la medida de su cabeza pequeña respecto a los rangos de desarrollo que debía tener para ese momento.
- e) A los 6 meses D.A.G.H presentó una convulsión por lo cual acudieron a los servicios de la Clínica del Occidente en donde para controlar el síntoma le aplicaron una inyección y posteriormente fue trasladado a la Clínica Juan N Corpas en donde determinaron que el menor tuvo problemas neuronales que afectarían su parte motriz, y comenzaron tratamiento con ácido valproico.
- f) Al cumplir año y medio D.A.G.H presentó convulsiones nuevamente, por lo cual acuden nuevamente al CAMI de Patio Bonito, en donde debieron entubar al menor y de allí fue trasladado al Hospital Occidente de Kennedy en una ambulancia no medicalizada.
- g) El menor fue internado en cuidados intensivos, para posteriormente ser trasladado al Hospital de la Misericordia, allí después de valorarlo les comunicaron que el procedimiento de entubación fue mal ejecutado.
- h) Posteriormente, el menor fue dado de alta con oxígeno domiciliario, pero se agravaba y después de varios procedimientos de dilatación de laringe fue dado de alta con algo de mejoría.
- i) Dos años y medio más tarde el 21 de octubre de 2014 D.A.G.H presentó fiebre y tenía un brote en su espalda que consideraron que era varicela, en horas de la noche el menor empezó a respirar muy rápido y de camino al médico presentó una convulsión, al llegar a la Clínica de Occidente el menor ingresó a sala de reanimación, posteriormente les informaron que tras varios intentos de entubación del menor no había sido posible porque su tráquea estaba muy cerrada y no que había fallecido.

3.3. Actuación Procesal:

- a. El 7 de diciembre de 2016 fue radicada la demanda ante la Oficina de Apoyo para los Juzgados Administrativos correspondiendo por reparto a este despacho (Fls. 1 a 6 c.1).
- b. El 2 de febrero de 2017 se inadmitió la demanda (Fls. 13 a 15 c.1).

- c. El 6 de marzo de 2017 fue admitida la demanda en contra del Hospital del Sur E.S.E., la Fundación Hospital de la Misericordia y la Clínica de Occidente (Fls. 37 a 38 c.1).
- d. El 8 de marzo de 2017 se notificó la admisión de la demanda al Fundación Hospital de la Misericordia – HOMI y a la Clínica del Occidente (Fls. 39 a 42 c.1) y el 26 de octubre de 2017 fue notificada la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (Hospital del Sur E.S.E.) (Fls. 157 a 160 c.1 ppal.).
- e. Los traslados fueron recibidos de la siguiente manera:

| Demandada | Fecha de recibo | Folios |
|---|---------------------|---------------|
| Clínica del Occidente | 21 de marzo de 2017 | 46 c.1 ppal. |
| Fundación Hospital de la Misericordia – HOMI | 22 de junio de 2017 | 162 c.1 ppal. |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (Hospital del Sur E.S.E.) | 10 de julio de 2017 | 163 c.1 ppal. |

- f. La demanda fue contestada de la siguiente manera:

| Demandada | Fecha de radicación | Folios |
|---|----------------------------------|---------------------|
| Clínica del Occidente | 11 de mayo y 27 de julio de 2017 | 150 a 151 c.1 ppal. |
| Fundación Hospital de la Misericordia – HOMI | 27 de julio de 2017 | 123 a 147 c.1 ppal. |
| Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (Hospital del Sur E.S.E.) | No contestó la demanda | N/A |

- g. Se formularon los siguientes llamamientos en garantía:

| Demandada | Llamada en garantía | Fecha de radicación | Folios |
|--|-------------------------|---------------------|------------|
| Clínica del Occidente | Allianz Seguros S.A. | 11 de mayo de 2017 | 1 a 16 c.4 |
| Fundación Hospital de la Misericordia – HOMI | Seguros del Estado S.A. | 27 de julio de 2017 | 1 a 15 c.3 |

- h. El llamamiento en garantía presentado por la Fundación Hospital de la Misericordia HOMI surtió el trámite que se describe a continuación:

| Trámite | Fecha | Folios |
|---|-------------------------|-------------|
| Se negó el llamamiento en garantía | 18 de diciembre de 2017 | 16 a 17 c.3 |
| HOMI presentó recurso de reposición en subsidio apelación en contra del auto que negó el llamamiento en garantía | 15 de febrero de 2018 | 22 c.3 |
| Se dejó sin efecto el auto del 18 de diciembre de 2017 y se admitió el llamamiento en garantía en contra de Seguros del Estado S.A. | 20 de febrero de 2018 | 24 a 25 c.3 |
| Notificó la admisión del llamamiento en garantía a Seguros del Estado | 20 de febrero de 2018 | 26 a 29 c.3 |
| Seguros del Estado S.A. recibió los traslados | 19 de julio de 2018 | 42 a 43 c.3 |

- i. El llamamiento en garantía presentado por la Clínica del Occidente a Allianz Seguros S.A. surtió el trámite que se describe a continuación:

| Trámite | Fecha | Folios |
|---------|-------|--------|
|---------|-------|--------|

| | | |
|---|---------------------|----------------|
| Se admitió el llamamiento en garantía en contra de Allianz Seguros S.A. | 11 de mayo de 2017 | 17 a 18 c.4 |
| Notificó la admisión del llamamiento en garantía a Allianz Seguros S.A | 12 de junio de 2018 | 38 y 39 c.4 |
| Allianz Seguros S.A recibió los traslados | 27 de junio de 2018 | 40 a 77 c.4 |

j. Las llamadas en garantías contestaron la demanda así:

| Llamada en garantía | Fecha de radicación | Folios |
|-------------------------|------------------------|----------------|
| Seguros del Estado S.A. | No contestó la demanda | N/A |
| Allianz Seguros S.A | 3 de julio de 2018 | 40 a 77 c.4 |

k. La Secretaría del despacho corrió traslado de las excepciones formuladas el 12 de julio de 2018 (Fls. 172 c.1), sin pronunciamiento sobre estas.

l. El 28 de febrero de 2019 se adelantó la audiencia inicial de que trata el artículo 180 de la Ley 1437 de 2011, donde se negó solicitud de nulidad por falta de competencia y por indebida notificación, y se decretaron pruebas para resolver las excepciones (Fls. 196 a 204 c.1 ppal.).

m. El 11 de marzo de 2019 se continuó con la audiencia inicial en la que se declaró no probada la caducidad del medio de control y declaró probada la inepta demanda por falta de agotamiento del requisito de procedibilidad respecto a la demandada Fundación Hospital de la Misericordia terminando el proceso para dicha entidad y para la llamada en garantía Seguros del Estado S.A., decisión que fue apelada (Fls. 206 a 208 c.1).

n. El 24 de abril de 2019 el Tribunal Administrativo de Cundinamarca – Sección Tercera confirmó la decisión adoptada en la audiencia inicial del 11 de marzo de 2019 (Fls. 212 a 215 c.2 ppal.).

o. El 1 de agosto de 2018 se reanudó la audiencia inicial en la que no se llegó a acuerdo conciliatorio, se fijó el litigio y se decretaron pruebas (Fls. 239 a 244 c.2 ppal.).

p. El 22 de noviembre de 2019 se realizó la audiencia de pruebas en donde rindió testimonio Alexi Bracho y Henry Bonilla, se desistió de la práctica del testimonio de Oliver Triviño, se escuchó en declaración a Jhon Fredy Garcias Acevedo, se desistió de la declaración de Jackeline Hurtado Moreno y se ordenó la presentación de los alegatos de conclusión por escrito a las partes dentro del término de Ley (Fls. 248 a 253 c.1 ppal.).

q. Los alegatos se presentaron de la siguiente manera:

| Parte/ Llamada en garantía | Fecha de radicación | Folios |
|---|----------------------------------|------------------------|
| Demandada - Clínica del Occidente | 11 de mayo y 27 de julio de 2017 | 255 a 258 c.2 ppal. |
| Demandante | 9 de diciembre de 2019 | 259 a 260 c.2 ppal. |
| Llamada en garantía – Allianz Seguros S.A. | 9 diciembre de 2019 | 261 a 263 C.2 ppal. |
| Demandada - Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (Hospital del Sur E.S.E.) | No presentó alegatos | N/A |

r. El Ministerio Público no presentó concepto en esta oportunidad.

3.4. Argumentos de las Partes

Parte demandante: Adujo que la demanda se fundamenta en las omisiones en la prestación del servicio de salud por parte del Hospital del Sur, al permitir una intervención en la laringe para evitar las convulsiones sin que fuera el diagnóstico adecuado para el tratamiento del menor y la falta de atención por parte de la Clínica de Occidente, situaciones que ocasionaron el daño antijurídico reclamado (Fls. 1 a 6 c.1).

Parte demandada – Clínica del Occidente: Se opuso a las pretensiones de la demanda al carecer de fundamentos jurídicos y al no estar demostrada la responsabilidad en los hechos.

Propuso las siguientes excepciones (Fls. 50 a 56 y 150 a 151 c.1):

- *Ausencia de responsabilidad por parte de la demandada Clínica del Occidente*, ya que la atención brindada a D.A.G.H. fue oportuna y adecuada según los signos y síntomas que el menor presentaba, brindándole los cuidados necesarios para su patología.
- *Las obligaciones de las IPS y de los médicos son de medio*, puesto que de la historia clínica se puede obtener que el tratamiento médico se ajustó a la *lex artis*, pero si el tratamiento no dio resultado ello no es óbice para declarar la responsabilidad de la entidad demandada en los hechos, citando sentencia de la Sala de Casación Civil de la Corte Suprema de Justicia relacionada con el asunto.
- *Inexistencia de nexo causal entre la conducta desarrollada por la IPS Clínica del Occidente y el fallecimiento del menor*, dado que la conducta adoptada por el hospital en nada tuvo que ver con el resultado del fallecimiento del menor.
- *Genérica*.
- *Caducidad de la acción*, en atención a que la demanda fue interpuesta en un término extemporáneo habiendo operado la caducidad de este, teniendo en cuenta que la muerte del menor Diego Alejandro acaeció el 22 de octubre de 2014 y solamente hasta el 24 de octubre de 2016 radicaron la solicitud de conciliación, lo que demuestra que se dejó caducar la acción administrativa.

Parte demandada – Fundación Hospital de la Misericordia: En audiencia inicial del 11 de marzo de 2019 se declaró probada la inepta demanda por falta de agotamiento del requisito de procedibilidad de la reparación directa, por lo cual fue excluida del trámite, decisión que fue confirmada por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca en auto del 24 de abril de 2019.

Parte demandada – Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (Hospital del Sur E.S.E.): No contestó la demanda.

Llamada en garantía – Seguros del Estado S.A.: En audiencia inicial del 11 de marzo de 2019 se declaró probada la inepta demanda por falta de agotamiento del requisito de procedibilidad de la reparación directa respecto a la Fundación Hospital de la Misericordia, por lo cual fue excluida del trámite, decisión que fue confirmada por el Tribunal Administrativo de Cundinamarca en auto del 24 de abril de 2019 y en consecuencia el proceso también se dio por finalizado respecto a la llamada en garantía.

Llamada en garantía – Allianz Seguros S.A.: Presentó las siguientes excepciones respecto a la demanda (Fls. 40 a 77 c.4):

- *Diligente y adecuada prestación de los servicios de salud por parte de la Clínica de Occidente S.A.*, puesto que para la prestación de los servicios médicos la Clínica de Occidente hizo uso de toda la tecnología disponible y del personal médico necesario para los cuidados que requería D.A.G.H, citando sentencias de la Corte Suprema de Justicia relacionadas con el asunto.
- *Inexistencia de perjuicios patrimoniales*, ya que los perjuicios no están probados.
- *Excepción susceptible de declaración oficiosa.*

En torno al llamamiento en garantía formuló las siguientes excepciones:

- *Delimitación contractual del riesgo – relación laboral o convenio especial de las personas del área de la salud implicadas en el acto médico para con el llamante en garantía*, indicando que, para proceder al pago de las sumas aseguradas, se debe demostrar que las acciones u omisiones se deriven de la prestación del servicio por personal con el cual la parte asegurada tenga una relación laboral o trabaje bajo convenio especial en sus instalaciones.
- *Sujeción a las cláusulas del contrato de seguro y a la ley*, porque al tratarse de una póliza claims made solo se cubre la indemnización hasta los límites pactados.
- *Excepciones que deban ser declaradas de oficio.*

3.5. Alegatos de conclusión y concepto del Ministerio Público

Parte demandante: Presentó sus alegatos el 9 de diciembre de 2019 (Fls. 259 a 260 c.2 ppal.).

Indicó que los profesionales de la salud que acudieron a rendir su testimonio no fueron quienes le prestaron atención al menor por lo cual son testigos de acreditación al ser ajenos al hecho, sumado a que su dicho se basa en la historia clínica que es un documento susceptible de obviar información o que no quede allí consignada.

Precisó que no resulta admisible que los testigos se indiquen que al paciente se le brindó un tratamiento estándar, ya que cada organismo puede tener reacciones diferentes a cada tratamiento, ya que al cuestionar al testigo indirecto sobre las dosis de medicamento él dijo que se había aplicado el procedimiento estándar, pero no para un caso como el del menor.

Señaló que de la declaración del padre del menor se obtiene que él no conocía el tratamiento brindado a su hijo.

Parte demandada – Clínica del Occidente: El 5 de diciembre de 2019 formuló sus alegaciones (Fls. 255 a 258 c.2 ppal.).

Adujo que se encontraba probada la prestación oportuna de los servicios médicos a D.A.G.H, sin que se lograra establecer la relación de causalidad entre la muerte y la actuación de la Clínica del Occidente.

Relató que conforme a las pruebas se pudo establecer que el 21 de octubre de 2014 D.A.G. ingresó a la Clínica del Occidente en estado crítico, con convulsiones

tónico clónicas generalizadas y marcada dificultad respiratoria, así como con antecedentes de déficit del desarrollo psicomotor y episodios similares y pese a intentarse la intubación orotraqueal y ventilación mecánica, ante la estrechez traqueal, no fue posible salvar la vida del menor.

Parte demandada – Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E. (Hospital del Sur E.S.E.): No presentó alegatos.

Llamada en garantía – Allianz Seguros S.A.: Alegó sus alegatos de conclusión el 9 de diciembre de 2019 (Fls. 261 a 263 c.2 ppal.).

Solicitó que se negaran las pretensiones de la demanda, en consideración a que la parte demandante, que es quien tiene la carga de la prueba, no se encargó de demostrar los supuestos de hecho presentados, por el contrario, se evidenció la debida atención por parte de la Clínica de Occidente.

Reiteró las excepciones planteadas en la contestación al llamamiento en garantía.

Concepto del Ministerio Público: No conceptuó en esta oportunidad.

3.6 Pruebas obrantes en el proceso

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

3.6.1 Documentales

1. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de Ángel Daniel Garcias Hurtado (Fls. 7 c.1).
2. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de Evelin Mosquera Hurtado (Fls. 8 c.1).
3. Copia simple del registro civil de nacimiento de Diego Alejandro Garcias Hurtado (Fls. 9 c.1).
4. Copia auténtica del registro civil de defunción de Diego Alejandro Garcias Hurtado (Fls. 10 c.1).
5. Copia simple documentos de atención médica prestada por la Clínica de Occidente al paciente Diego Alejandro Garcias Hurtado del 21 de octubre de 2014 Historia Clínica No. 1013134528 (Fls. 19 a 24 c.2 pruebas).
6. Copia simple documentos de atención médica prestada por la Fundación HOMI (Fundación Hospital de la Misericordia) al paciente Diego Alejandro Garcias Hurtado desde el 2 de noviembre de 2012 Historia Clínica No. 1013134528 (Fls. 25 a 62 c.2 pruebas).
7. Copia simple documentos de atención médica prestada por el Hospital Occidente de Kennedy III Nivel E.S.E. al paciente Diego Alejandro Garcias Hurtado desde el 20 de octubre de 2012 Historia Clínica No. 912148 (Fls. 63 a 178 c.2 pruebas).
8. Copia simple documentos de atención médica prestada por el Hospital del Sur E.S.E. al paciente Diego Alejandro Garcias Hurtado desde el 20 de octubre de 2012 Historia Clínica No. 5290630 (Fls. 179 a 185 c.2 pruebas).

9. Copia auténtica de la historia clínica No. 37243207 del paciente Diego Alejandro Garcias Hurtado del 26 de julio de 2012 de la Clínica Juan N. Corpas (Fls. 186 a 205 c.2 pruebas).
10. Copia simple documentos de atención médica prestada por la Clínica de Occidente al paciente Diego Alejandro Garcias Hurtado del 22 de julio de 2011 Historia Clínica No. 1013134528 (Fls. 206 a 225 c.2 pruebas).
11. Copia simple documentos de atención médica prestada por el Hospital Centro Oriente E.S.E. II Nivel y Hospital La Victoria III Nivel E.S.E. al paciente Diego Garcias Hurtado (Fls. 226 a 436 c.2 pruebas).
12. Copia simple documentos de atención médica prestada por el Hospital Centro Oriente E.S.E. II Nivel al paciente Hijo de Jackeline Hurtado Moreno el 2 de febrero de 2011 Historia Clínica No. 173710-1 (Fls. 437 a 457 c.2 pruebas).
13. Copia simple documentos de atención médica prestada por el Hospital del Sur E.S.E. al paciente hijo de Jaqueline Hurtado Moreno desde el 1 de febrero de 2011 Historia Clínica No. 5220154 – 1 (Fls. 458 a 465 c.2 pruebas).
14. Copia simple documentos de atención médica prestada por el Hospital de Fontibón E.S.E. a la señora Jackeline Hurtado Moreno desde el 26 de enero de 2011 Historia Clínica No. 2189221 (Fls. 466 a 490 c.2 pruebas).
15. Copia simple de certificado de nacido vivo No. 105269272 del 28 de enero de 2011 (Fls. 491 c.2 pruebas).
16. Certificado de existencia y representación legal de la Clínica de Occidente S.A. (Fls. 492 a 495 c.2 pruebas).
17. Certificado de existencia y representación legal de la Clínica de Occidente S.A. (Fls. 27 a 31 c.1).
18. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de Laura Isabela Garcias Hurtado (Fls. 32 c.1).
19. Copia auténtica del registro civil de nacimiento de Ángel Daniel Garcias Hurtado (Fls. 33 c.1).
20. Copia simple de la Historia Clínica No. 1013134528 del paciente Diego Alejandro Garcias Hurtado del 22 de julio de 2011 y del 21 de octubre de 2014 de la Clínica de Occidente (Fls. 57 a 122 c.1).
21. Copia simple de póliza de seguro No. 021874689 / 0 de Responsabilidad Civil Profesional Clínicas y Hospitales de Allianz (Fls. 53 a 73 c.4 llamamiento en garantía).
22. Copia simple del certificado de existencia y representación legal del Allianz Seguros S.A. (Fls. 74 a 77 c.3 llamamiento en garantía).

3.6.2 Testimoniales

Dentro de la audiencia inicial del 1 de agosto de 2019 fue decretada la práctica de los siguientes testimonios, que tuvieron el trámite que se describe a continuación:

- *Oliver Triviño* fue desistido.
- *Alexi Bracho*, quien manifestó ser médico general de la Universidad Libre egresada en el año 1978, especialista en pediatría de la Universidad de Panamá graduada en 1998 y neonatóloga de la Universidad Militar Nueva granada en el año 2012.

Dijo que para la época de su testimonio era médico de la Clínica de Occidente como pediatra neonatóloga, ello desde 1998.

Aclaró que no brindó la atención directamente al paciente D.A.G.H, pero que tuvo conocimiento de los hechos según lo contenido en la historia clínica.

Adujo que el menor llegó a la Clínica de Occidente en muy mal estado general, con fiebre, convulsionando, dificultad respiratoria, frente a lo cual lo canalizan administrando dipirona para la fiebre, los líquidos endovenosos y para la convulsión el midazolam, dosis que se repitió ante la persistencia de la convulsión.

Informó que, ante la ausencia de respuesta al midazolam, procedieron a aplicarle otro medicamento denominado fenitoína, agregando que pese a ello persistió el mal estado general del paciente y aumentó la dificultad respiratoria, por lo cual pasa a reanimación.

Relató que la reanimación se inició con oxígeno, en vista de la falta de mejoría se va a intubación orotraqueal ello por parte del pediatra y el anestesiólogo.

Narró que el menor se logró intubar, pero por el estado en que llegó el menor comenzó a bajarse la oxigenación y a pesar de la reanimación adecuada, no responde y fallece.

Manifestó que a D.A.G.H. había que yugularle la convulsión para lo cual se le aplicaron los medicamentos, tratarle la fiebre y la reanimación para tratar la dificultad respiratoria, contando inclusive con una radiografía realizada por el radiólogo que acompañó la reanimación.

Afirmó que existió la práctica de la radiografía, de la cual se logró establecer que el tubo endotraqueal estaba por encima de la carina, que es la posición correcta.

Indicó que cuando un menor necesita una reanimación debe administrársele oxígeno con ambú, y después si no hay una buena respuesta con el ambú hacerle la intubación con el tubo orotraqueal que fue el que se usó con el paciente.

Mencionó que el ácido valproico es un medicamento para los bebés o los niños que tienen convulsiones, aclarando que el menor venía con uso del medicamento por convulsiones previas desde los 6 meses de edad, precisando que llamó su atención el hecho de que la madre del paciente informara que se administraban 2 cc del medicamento al menor que por el peso, la edad de 2 años 8 meses y el antecedente de presentar convulsiones desde los 6 meses de edad era una dosis subóptima.

Se le puso de presente a la paciente el folio 110 del expediente, del cual

la testigo informó que del documento se extrajo que el menor venía con unas lesiones vesiculosas de contenido líquido y con prurito (o picazón), que al ser consultado en una farmacia les dijeron que era varicela, de lo cual concluyó que era un paciente menor de edad, que llegó con convulsiones, varicela y problemas respiratorios.

Consideró que la atención médica brindada al menor fue adecuada y oportuna, a pesar de que el menor llegó en malas condiciones generales y el reporte de la alteración laríngea, porque D.A.G.H estuvo hospitalizado varias veces en el HOMI para dilataciones laríngeas por presentar una estenosis a nivel laríngeo por intubaciones previas en el Hospital La Victoria y el Hospital de Kennedy.

Definió estenosis como la estrechez laríngea y el menor para mejorar su parte respiratoria necesitaba atención por otorrinolaringólogo para que le realizaran las dilataciones, que de hecho se le realizaron el HOMI en varias ocasiones por secuelas de dilataciones previas.

Relató que el menor era un paciente 13 kilos, que para tener dos años y 8 meses se encontraría dentro del rango, las dosis de los medicamentos con base en ello fueron:

- Dipirona la dosis va de 10 a 20 miligramos y le suministraron 200 miligramos que se encuentra en el rango.
- Midazolam la dosis fue de 1,5 miligramos está dentro del rango es decir 0.5 miligramos por kilo, la cual hubo necesidad de hacerla.
- Fenitoina la dosis inicial de 10 miligramos para superar las convulsiones, pero definitivamente diagnosticaron un estatus convulsivo.

Explicó que el estatus convulsivo era que pese a estarse suministrando el medicamento necesario el paciente no responde y que en términos de tiempo ya llevaba 30 minutos en esas condiciones.

Afirmó que al persistir las convulsiones después de la fenitoína se le suministró el fenobarbital que se le administró una dosis inicial de 10 miligramos por kilo y persistía con la convulsión.

Resaltó que al llegar el menor presentaba rigidez de miembros superiores, inferiores y maxilar.

Refirió que los tres medicamentos aplicados para tratar la crisis convulsiva eran los adecuados para ello, determinando que la condición febril del paciente no era una contraindicación para el suministro de estos medicamentos.

Precisó que el tratamiento para el paciente no se basa en una temporalidad específica, sino que se debe observar la evolución una vez se aplican los medicamentos, razón por la cual una vez se observó que pese al suministro de medicamentos el paciente no tenía mejoría del estatus convulsivo y desmejoró respiratoriamente, ahí se decidió la reanimación con ambú y finalmente la intubación orotraqueal.

Indicó que en la reanimación fue necesaria la presencia de un anestesiólogo, ya que el menor presentaba un antecedente de estenosis a nivel laríngea, lo que complicaba el procedimiento de intubación.

Narró que conforme a la historia clínica se reportó que efectivamente por

las características de las lesiones cutáneas que presentaba se confirmó la presencia de varicela, sin poder establecer exactamente hacía cuantos días había comenzado.

- *Henry Bonilla* quien manifestó que es médico egresado de la Universidad Nacional de Colombia de 1984 y anestesiólogo de la Universidad del Rosario egresado en 1989.

Relató que para la fecha de su testimonio era médico anestesiólogo de la Clínica del Occidente, del Hospital San José Centro y docente de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud.

Negó conocer a los demandantes y precisó que trabaja con la Clínica de Occidente desde hace 30 años.

Adujo no haber atendido directamente al meno D.A.G.H y comentó que supo del caso porque hizo un análisis del manejo del paciente en la historia clínica y por la anestesióloga que atendió al paciente.

Supo que el paciente era un bebé de aproximadamente 3 años, que tenía antecedentes de salud muy poco tiempo después de su nacimiento, que tenía una estenosis traqueal y laríngea que había sido manejada en el HOMI con dilataciones traqueales, también que había presentado crisis convulsivas manejadas con anticonvulsivantes, así como tenía disminución del perímetro cefálico.

Refirió que el menor llegó al servicio de urgencias en condiciones muy críticas por el antecedente de estenosis traqueal, lo que significa que la luz de la tráquea esta disminuida en su diámetro e ingresó con un cuadro inflamatorio lo que hace que disminuya aún más esa luz, además indicó que durante la laringoscopia se apreciaba que la vía aérea estaba inflamada y enrojecida y el menor llegó en un estatus epiléptico, enfermedad que requiere el consumo de oxigenación, lo que desgasta a nivel cerebral, muscular y demás funciones que dependen de ello.

Indicó que en el momento de los hechos se atendió el llamado al anestesiólogo para la atención del menor, la anestesióloga de turno baja a reanimación, se encontraba allí un pediatra, un cirujano pediatra, las enfermeras y el equipo de urgencias tratando de brindarle la atención a un bebé muy comprometido, se utilizó un tubo pequeño 3 y medio para un bebé, a diferencia de lo que aparecía en ciertos datos previos en las diligencias previas, ya que la radiografía reporta el uso de dicho tubo y su ubicación encima de la carina.

Definió la carina como el sitio en donde empiezan ya los bronquios, en donde termina la tráquea.

Manifestó que la atención médica brindada al menor fue la adecuada ya que se contó con el grupo multidisciplinario que se requería, pero era un caso supremamente difícil porque convergían muchas patologías, era un niño con un problema en la vía aérea lo que hacía difícil la intubación, llega con estenosis traqueal, inflamación de la mucosa de la vía aérea por el problema infeccioso, llega convulsionando lo que aumentaba el gasto de oxígeno, ingresó con rigidez que dificultaba todo el manejo.

Indicó que en casos de reanimación de niños y adultos la persona que se encuentra entrenada es la que realiza la reanimación, informando que el

caso concreto se encontraba una pediatra y cuando bajó la anesthesióloga prestó el soporte para manejar la vía aérea, mientras el primer profesional se encargaba de la reanimación.

Negó conocer si al menor se le practicó necropsia.

Aclaró que la estenosis traqueal era una situación que se había manejado en otra institución a través de dilatación traqueal, ya que el manejo de ello no es de urgencias, sino que es un procedimiento periódico con instrumentos que poco a poco van aumentando su tamaño.

Reiteró que el menor llegó a urgencias convulsionando y con una oxigenación deficiente, ante las condiciones tan difíciles que presentaba en su tráquea, así como también se presentaban problemas ventilatorios, por lo que se tuvo que ventilar con ambú.

Informó que el otorrinolaringólogo no hubiese servicio en el escenario de urgencias, ya que lo que era indispensable era lograr el acceso a la vía aérea.

Indicó que el acceso a la vía aérea se intenta las veces que sean necesarias, cuando la vía aérea en pacientes adultos no se logra después de un segundo o tercer intento, entonces se hace uso de una medida alternativa, pero en menores de dos años y cuando el manejo de la vía es difícil es por estenosis, lo que se hace es utilizar tubos pequeños para lograr el acceso a la vía aérea, y eso fue lo que realizó el anesthesiólogo con un tubo tres y medio.

Señaló que cuando se está en un escenario de reanimación, habitualmente la reanimación la empieza el personal sanitario que esté disponible y mientras llega el otro personal profesional, sin embargo, el niño contó con un cirujano pediatra, con una médica pediatra y después llegó el anesthesiólogo, informando que el menor tuvo todo el soporte que se necesitaba para poder tener una reanimación exitosa, no obstante, las comorbilidades que presentaba dificultaron el proceso.

Hizo énfasis que en una persona pequeña que convulsiona la necesidad de oxígeno aumenta, empeora la situación si no tiene un acceso adecuado porque la tráquea es estrecha y está inflamada.

Afirmó que la reanimación es integral y se lleva a cabo por la persona que tenga más pericia en el momento, por ejemplo en un hospital de primer nivel donde no hay anesthesiólogo, ni pediatra, le correspondería al médico general.

Precisó que el tiempo de reanimación es relativo y depende del requerimiento del menor que intenta reanimar, si pasado un tiempo y pese al uso de medicamentos y demás el paciente no responde, pues se sabe que este falleció.

Informó que con los antecedentes que presentaba el menor, no hubo contraindicaciones con los medicamentos utilizados en urgencias, siendo necesarios para que el corazón comenzara a funcionar, adicionalmente a que la adrenalina tiene un efecto que ayuda en una mucosa inflamada.

Adujo que suministraron los medicamentos necesarios para la rigidez que el menor presentaba por las convulsiones y que se permitiera la

ventilación.

Destacó que los medicamentos utilizados en reanimación son básicos para que el paciente se relaje y se pueda tener acceso a la vía aérea y al oxígeno para los órganos principales como el cerebro y el corazón, dejando claro que en una reanimación la adrenalina no produce ninguna reacción adversa, por el contrario lo va a sacar del paro cardiorrespiratorio, ya después si se utilizan medicamentos post paro, pero la prioridad es sacarlo de esa situación.

Mencionó que el menor llegó convulsionando, con fiebre, con un problema infeccioso, inflamatorio y lo que se vio en el laringoscopio para realizar la intubación traqueal es que estaba inflamada la epiglotis, el menor llegó con un problema viral, indicando que no tiene nada que ver con las intervenciones anteriores.

Igualmente, precisó que según la historia clínica la intubación fue exitosa, tal como lo reportó la radiografía de tórax donde aparece el tubo en la carina.

Definió la encéfalo malasia quística como un estado patológico del sistema nervioso central que se puede ver en diversos tipos de patología y quien podría precisar que es un neurólogo, neurocirujano o pediatra.

3.6.3 Declaración de parte

Dentro de la audiencia inicial del 1 de agosto de 2019 fue decretada la práctica de las siguientes declaraciones, que tuvieron el trámite que se describe a continuación:

- *Jackeline Hurtado Moreno* fue desistida
- *Jhon Fredy Garcias Acevedo*, dijo que para el año 2014 trabajaba en Mandel una empresa textil.

Relató que D.A.G.H nació el 28 de enero de 2011 en el Hospital de Fontibón, que el día que nació lo valoraron y le dieron salida.

Recordó que su hijo pesaba 1800 gramos, pero aun así le dieron salida porque el peso lo retomaba en la casa.

Manifestó que al tercer día de estar en casa, sufrió de hipoglicemia, y al cuarto día fue trasladado al Hospital Centro Oriente, en donde le pusieron una máscara de oxígeno, lo dejaron desde las 2 de la tarde hasta las 7 de la noche esperando una ambulancia y como no llegó, le tocó ser un poco grosero con la persona que estaba tramitando el traslado, pese a ello la ambulancia llegó sobre las 9 de la noche.

Afirmó que posteriormente el menor fue remitido al Hospital del Guabio, en donde permaneció entre 15 a 20 días en la UCI canalizado, ahí les dicen que es mejor realizar el traslado al Hospital de La Victoria, en donde permaneció un mes en UCI, de donde le dan salida con oxígeno y manejo en casa.

Narró que a los 8 meses el menor convulsionó, allí lo llevaron al CAMI de Patio Bonito y allá pese a llegar desde las 5 de la mañana los atienden

tardíamente a las 6 de la mañana, cuando lo atendió el doctor les preguntó que cuanto tiempo llevaba el menor convulsionando, le dijo la enfermera que acababan de entrar, pero él le dejó de presente que habían llegado faltando un cuarto para las seis de la mañana conforme a la minuta del celador.

Indicó que el médico dijo que tenían que hacer algo por el niño porque le habían causado un daño neurológico grave, destacando que ahí no lo podían atender y que debía ser trasladado al Hospital Occidente de Kennedy, de ahí lo montan en la ambulancia y al llegar al lugar hay una discusión con los médicos de la UCI, porque la ambulancia no era la que necesitaba el menor para las condiciones médicas que presentaba.

Afirmó que una vez fue recibido el menor, los médicos hablaron con él y su esposa, a quienes les dijeron que la ambulancia no era la adecuada porque no era neonatal.

Señaló que después de 16 días de estar hospitalizado, les informaron que debía ser entubado, diciéndoles que al menor lo habían “dañado” en el CAMI de Patio Bonito, y allí les aconsejó demandar y les recomendó el traslado al Hospital de la Misericordia.

Dijo que posteriormente, les manifestaron que al menor debían hacerle una cirugía para que pudiera comer por la parte del estómago, para que pudiera hacer sus necesidades y alimentarlo por sonda, situación a la cual se opuso ya que si era cosa de Dios el menor estaría con vida sin necesidad de abrirle más “huecos”.

Indicó que seguido a ello le salió el traslado para el Hospital de la Misericordia, pero en el Hospital de Kennedy le estaban negando la salida, porque no tenían como pagar la cuenta y procedió a llamar a la Superintendencia de Salud, y ahí llaman al hospital y deciden darle la salida al menor, ya que de lo contrario sería secuestro y no lo podían retener por plata.

Relató que su hijo fue trasladado en una ambulancia neonatal especializada, con ventilación mecánica.

Precisó que en el Hospital de la Misericordia duró un mes en cuidados intensivos, allí le realizaron tres cirugías de la nariz y la tráquea que él necesitaba.

Afirmó que allí evidenciaron un avance satisfactorio, por lo que le dieron salida con oxígeno, pero en la casa permaneció tres días y tocaba salir con él para la Misericordia, donde duró un mes más entubado, canalizado, sedado y le dieron salida otra vez.

Refirió que al año y medio D.A.G.H nuevamente ingresó al Hospital de la Misericordia, nuevamente a UCI, allá le realizaron nuevamente todo el procedimiento y le volvieron a dar salida, posteriormente el menor duró año y medio bien y volvió al hospital por cualquier gripa, allí les comentaron que era porque él menor tenía la tráquea rasgada porque le introdujeron un tubo torácico para un niño de 13 años, que no era el adecuado para él y que no había realizado el procedimiento un cirujano.

Indicó que posteriormente cuando el menor tenía 4 o 5 años, presentó una gripa y salieron con el menor al hospital, en el camino D.A.G.H comenzó

a convulsionar, por lo que deciden llevarlo a la Clínica de Occidente, en donde le dieron los primeros auxilios a las 9:20, allá realizaron el procedimiento normal y el menor falleció a las 11:25 de la noche.

Relató que para ese momento su esposa estaba embarazada y se desmayó con la noticia, en la misma clínica le realizaron el chequeo y ella se encontraba muy afectada, describiéndola como si estuviera “loca”, adujo que posterior a eso no les dijeron la causa de la muerte, unos decían que porque el menor tenía rubeola, otros que por un paro cardiorrespiratorio.

Dijo que en el Hospital de la Misericordia le dijeron que porque al menor en la Clínica de Occidente no le habían realizado una traqueotomía para salvarle la vida.

Informó que el brote que se describió en la historia clínica le salió como a las 8 de la noche.

Manifestó que al menor le suministraba un medicamento anticonvulsivo del cual olvidó el nombre, pero se lo daban en jarabe, sin poder precisar cada cuanto se lo daban.

Afirmó que el menor no tenía controles médicos, porque todas las semanas tenía una cita diferente, se la pasaban haciéndole exámenes y viendo a los médicos, informando que al momento del fallecimiento estaba afiliado a saludcoop, indicando que a la fecha el adeuda dinero por la atención medica brindada al menor.

Dijo que al menor le practicaron necropsia médico legal por parte de la Fiscalía, indicando que en la Fiscalía cerraron el proceso y que de las investigaciones no ha sabido nada.

Relató que para la época de los hechos su familia estaba compuesta por su hijastra Evelyn, por su fallecido hijo y por Laura Isabela Garcias que tenía 2 años cuando sucedieron los hechos.

Mencionó que a causa de los hechos su esposa estuvo muy deprimida, además que se encontraba en estado de embarazo para ese momento.

Aclaró que el lugar donde supuestamente el médico le dijo que habían “dañado” a su hijo era en el CAMI de Patio Bonito, que se enteró del daño cuando el menor tenía 18 meses y que no ha iniciado ninguna otra acción diferente a la que cursa en este despacho, que lo la inició después de dos años del fallecimiento del menor.

4. CONSIDERACIONES

4.1. PRESUPUESTOS PROCESALES

4.1.1 Legitimación en la Causa

a. Legitimación en la causa por activa:

Jhon Fredy Garcias Acevedo y Jackeline Hurtado Moreno, se encuentran legitimados en la causa por pasiva al ser los papás del menor D.A.G.H. (Fls. 9 c.1 ppal.).

b. Legitimación en la causa por pasiva:

Es necesario precisar que dentro del presente proceso se discute la responsabilidad del Hospital del Sur E.S.E. y de la Clínica de Occidente por el fallecimiento de D.A.G.H a quien según las demandadas no le prestaron correctamente el servicio médico.

Inicialmente se debe establecer que Hospital del Sur E.S.E., es una empresa social del estado, ello conforme lo indica el artículo 1º del Acuerdo 17 de 1997 “**Por el cual se transforman los Establecimientos Públicos Distritales Prestadores de Servicios de Salud como Empresa Social del Estado, se crea la Empresa Social del Estado La Candelaria y se dictan otras disposiciones**”; dicho acuerdo dentro del artículo 6º, preceptuó como objetivos los siguientes:

“Artículo 6º.- Objetivos. Son los objetivos de la Empresa Social del Estado los siguientes:

(...)

b. Producir servicios de salud eficientes y efectivos, que cumplan con las normas de calidad establecidas, de acuerdo con la reglamentación vigente y la que se expida para tal propósito.

c. Prestar los servicios de salud que la población requiera, de acuerdo con el nivel de complejidad. (...)”

De esta manera, se puede concluir que el Hospital tiene a su cargo la prestación de los servicios de salud, y justo bajo el ejercicio de esa función, es que se encuentra relacionado a los hechos objeto de la presente demanda, por lo cual está legitimado en la causa por pasiva.

Igualmente se destaca que a partir de la expedición del Acuerdo 641 de 2016 se tiene que el Hospital del Sur E.S.E, hace parte de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur Occidente E.S.E.

Con relación a la Clínica de Occidente se desprende de las respectivas historias clínicas que esta institución prestó los servicios médicos al menor D.A.G.H por lo cual resulta legitimada en la causa por pasiva.

4.1.2 Caducidad del medio de control

Se estará a lo dispuesto en la audiencia inicial del 11 de marzo de 2019.

4.2. ANÁLISIS DE LA RESPONSABILIDAD EN EL CASO CONCRETO

4.2.1. Problema Jurídico

Se fijó en la audiencia inicial el siguiente problema jurídico: Con fundamento en el caudal probatorio, establecer la responsabilidad de las entidades demandadas Hospital del Sur E.S.E. (Subred Suroccidente E.S.E) y/o Clínica de Occidente por la presunta falla en el servicio médico en la atención de salud prestada al menor Diego Alejandro Garcias Hurtado, que presuntamente llevó a su muerte el 21 de octubre de 2014.

Una vez resuelto lo anterior, determinar si se configuró una causal exonerativa de responsabilidad.

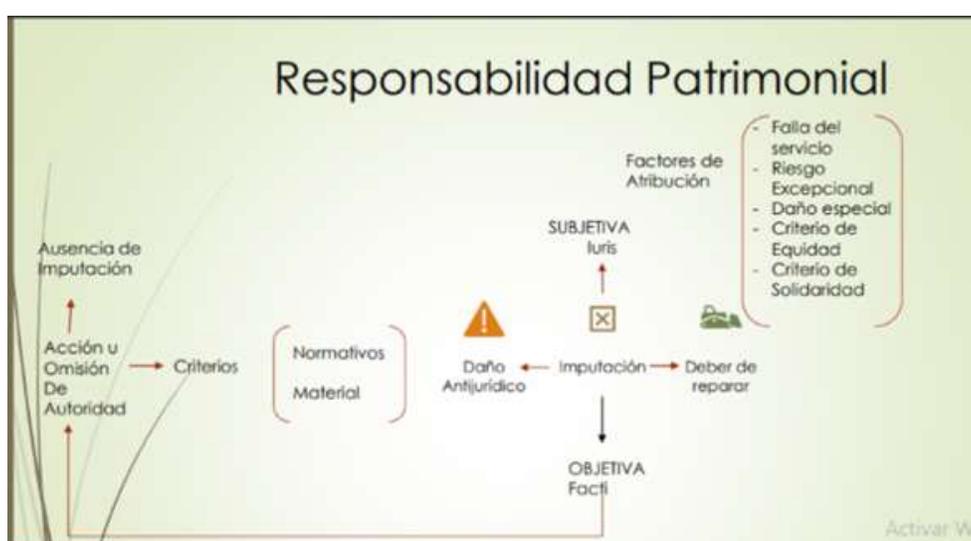
De encontrar probada la responsabilidad patrimonial de la demandada Clínica de Occidente S.A., determinar si es posible o no afectar la póliza de seguros de Allianz Seguros S.A.

4.2.2. Tesis del Despacho

Conforme al material probatorio obrante dentro del proceso, se considera que no se cumplen los presupuestos necesarios para establecer la configuración de la responsabilidad de la entidad demandada al no encontrar probada la falla médica alegada, en consideración a que no se logró demostrar la negligencia médica alegada.

4.2.3. Régimen de responsabilidad aplicable

Según lo dispuesto en el artículo 90 de la Carta Política, la responsabilidad patrimonial 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 pública¹ tanto por acción, como por omisión. Dicha imputación exige la revisión de la imputabilidad fáctica y jurídica. El esquema lo resume el doctor Enrique Gil Botero así:



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 1996¹.

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).

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

¹ Corte Constitucional, Sentencia C-333 de 1996.

Ahora bien, en cuanto al principio de imputabilidad², 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 caso³.

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)⁴ (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).

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 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).

Sobre el particular, el Consejo de Estado en sentencia del 10 de marzo de 2011⁵ indicó:

“Finalmente, en cuanto tiene que ver con los elementos cuya acreditación resulta necesaria en el expediente para que proceda declarar la responsabilidad del Estado con base en el título jurídico —subjetivo— de imputación consistente en la falla en el servicio, la jurisprudencia de esta Corporación ha sido reiterada y uniforme en el sentido de señalar que se precisa de la concurrencia de (i) un daño o lesión de naturaleza patrimonial o extrapatrimonial, cierto y determinado —o determinable—, que se infringe a uno o varios individuos; (ii) una conducta activa u omisiva, jurídicamente imputable a una autoridad pública, con la cual se incumplen o desconocen las obligaciones a cargo de la autoridad respectiva, por haberle sido atribuidas las correspondientes funciones en las normas constitucionales, legales y/o reglamentarias en las cuales se especifique el contenido obligatorio que a la mencionada autoridad se le encomienda y (iii) una relación o nexo de causalidad entre ésta y aquél, vale decir, que el daño se produzca como consecuencia directa de la circunstancia consistente en que el servicio o la función pública de la cual se trate, no funcionó o lo hizo de manera irregular, ineficiente o tardía.”

² 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 diiudicatoria)”. (Kant, 2005).

³ 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.

⁴ 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 lícitos normales” (Rodríguez Rodríguez, Derecho Administrativo General y Colombiano, 2013, pág. 616).

⁵ Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Subsección B, sentencia del 10 de marzo de 2011. Rad. 19.347 M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

Ahora bien, con relación a la responsabilidad por la prestación de los servicios de salud incluidos aquellos que se relacionan con actos médicos, la jurisprudencia predica con la regla general de la falla del servicio como título de imputación la cual deberá ser probada por parte del demandante⁶, a menos que resulte extraordinariamente difícil o prácticamente imposible demostrar dicha falla y la carga se torne excesiva⁷.

En efecto, el Consejo de Estado se pronunció en sentencia del 5 de marzo de 2015⁸:

“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.”

Así las cosas, en consideración a que el presente proceso va encaminado a la reparación de los daños sufridos por los demandantes con ocasión del fallecimiento del menor D.A.G.H. como consecuencia de la alegada falla en la atención médica el despacho aplicará el régimen de responsabilidad del estado por falla del servicio probada para el caso bajo estudio.

4.2.4. Caso concreto

Se encuentra que la litis 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 la responsabilidad de la entidad demandada.

Dentro del caso que nos ocupa se evidencia que fue alegada por la parte demandante la responsabilidad afirmando que el Hospital del Sur E.S.E. y la Clínica de Occidente incurrieron en fallas en la atención al menor D.A.G.H. que fueron la causa de su fallecimiento el 21 de octubre de 2014.

Respecto del daño alegado ha de indicarse que se encuentra debidamente probado a obrar en el expediente el registro civil de defunción de D.A.G.H, en donde consta el respectivo fallecimiento (Fls. 10 y 34 c.1 ppal.).

Ahora bien, respecto a la imputabilidad jurídica del daño, cabe señalar que en el plenario obran las historias clínicas de la atención médica prestada por los hospitales del Sur, Clínica de Occidente, de La Misericordia Fontibón, Centro Oriente, Corpas y Occidente de Kennedy, y los testimonios de los médicos Alexi Bracho y Henry Bonilla pruebas que permiten afirmar que el servicio prestado por

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ 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)

las demandadas estuvo acorde a los parámetros médicos, por lo que se podría determinar que no existe responsabilidad por las razones que se pasan a exponer:

De las historias clínicas aportadas por las partes, se logra extraer lo siguiente sobre la atención brindada a D.A.G.H:

| Fecha y hora de la atención | Anotación |
|---|--|
| Fecha y hora de la atención: 01 de febrero de 2011 a las 13:55 pm Lugar de atención: CAMI Patio Bonito Archivo 009, C05 Exp. Electrónico | En la historia clínica figura lo siguiente: <i>“Paciente lactante de 4 días de (ilegible) de traído (sic) por la madre por presentar episodio de cianosis generalizada durante 2 horas según refiere la madre mientras duerme (...)</i> HALLAZGOS AL EXAMEN FÍSICO <i>Paciente BEG, alerta, activo, no signos de dificultad respiratoria, mucosas húmedas conjuntivas, normoconfigurado, fontanela anterior normotensa no aleta nasal, RsCsRs rítmicos, no soplos (...)</i> Se remitió a neonatología, se estableció que es un paciente oxigenodependiente, con apnea. |
| Fecha y hora de la atención: 01 de febrero de 2011 a las 14:10 pm Lugar de atención: Hospital Centro Oriente E.S.E. Archivo 008, C05 Exp. Electrónico | Se consignó en la historia clínica lo siguiente: <i>“Pte masculino de 4 días de vida, traído por la madre por episodio de cianosis de 2 horas aproximadamente, ingresa al servicio de urgencias con cianosis generalizada”</i> |
| Fecha y hora de la atención: a las 00:10 am del 3 de febrero de 2011 al Lugar de atención: Hospital La Victoria E.S.E. Archivo 007, C05 Exp. Electrónico | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>MC: Ingreso proveniente Hospital Centro Oriente con diagnóstico de hipoglucemia neonatal y PCIU en ffo con LEV y monitorización.</p> <p>DATOS TOMADOS DE HISTORIA CLINICA Y MADRE JACKELINE HURTADO</p> <p>INFORMANTE</p> </div> <p>EA: Neonato masculino de 5 días con cuadro de 2 días de evolución dado refiere madre por episodio de cianosis y apnea inicialmente dura 15 segundos pero posterior a ello presenta episodio de apnea de 20 minutos aproximadamente por lo cual la madre consulta a CAMI Patio Bonito donde refieren y remiten a Hospital centro Oriente del Guavio donde toman paraclínicos que revela hemoconcentración además de cifra de glicemia de 22mg/dl sin otra alteración realizan manejo de hipoglucemia neonatal pero posterior a ello presenta cifra de glucómetro de 226mg/dl por lo cual suspenden infusión e inician SSNO 9% lento con lo cual obtiene glicemia de 102mg/dl por no tener centro de manejo neonatal remiten a esta institución.</p> <p>Igualmente consta lo siguiente:</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>Ex Físico: Neonato alerta activo reactivos hidratado en BCG, no SDR, con TC 154x fr 48 SatO2 al 0.1l/m 93%, Peso 2450grs no alteración, no aspecto tóxico, sin secreción conjuntival en el momento T 36.2°C OBL. Nariz permeable paladar integro adecuada implantación auricular no lesiones; cuello móvil no masas no lesiones; CP tórax simétrico expansible Rscs regulares RsrS sin agregados pulmonares no hiperdinamia precordial; Abd blando depresible no masas Onfalo en buen estado Rst(+). Ext pulso + no edema, no distensión; Neuro sin déficit moro+ succión + prensión+; Piel y foneas sin lesiones, rosada. Múltiples lesiones por intentos de venopunción tanto en extremidades inferiores como superiores.</p> <p>Análisis: Neonato actualmente asintomático sin deterioro clínico ni respiratorio con antecedente hipoglucemia resuelta en tto adecuado, sin episodio de apnea en el momento con antecedente según historia clínica de episodio convulsivo, con probable cuadro asociado a hiperviscosidad.</p> <p>Diagnóstico: 1. Hipoglucemia neonatal en corrección. 2. Síndrome de hiperviscosidad asociado.</p> <p>Plan: Se decide hospitalizar para estudio y manejo integral de se inicia I EV sin via oral estudio paraclínicos y glucómetro. CSV- AC VOM.</p> |
| <p>Fecha y hora de la atención: desde las 16:02 del 8 de marzo de 2011 al 25 de marzo de 2011 Lugar de atención: Hospital La Victoria E.S.E. Archivo 006, C05 Exp. Electrónico</p> | <p>El 13 de febrero de 2011, se consignó lo siguiente sobre su evolución:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> RECIBIÓ NACIDO A TÉRMINO DE 17 DÍAS DE VIDA CON DIAGNÓSTICO DE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RN A TÉRMINO CON RCIU 2. HIPOGLUCEMIA NEONATAL en resolución 3. SEPSIS NEONATAL TEMPRANA 4. HIPOXEMIA TEMPRANA A SEPSIS VS CONVULSION 5. ALTE A ESTUDIO <p>SUBJETIVO: BUEN PATRÓN DEL SUEÑO, NO DISTERMIAS, NO SDR, DIURESIS (+) MECONIO(+) NORMALES. TOLERANDO LA LACTANCIA 40G-60 H- ACTIVO, DE BUEN COLOR.</p> <p>OBJETIVO: FC: 150PPM FR: 50RPM TA: 73/42 TAM: 46 CON O2 A 0.3l MIN 92% T: 36.6°C ACTIVO REACTIVO, C/C FONTANELA NORMOTENSA ESCLERAS ANICTERICAS MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS C/P RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS NO TIRAJES INTERGOSTALES ABDOMEN: NO DISTENDIDO BLANDO DEPRESIBLE NO SE PALPAN MASA NI MEGALIAS, RSIS POSITIVOS, NO DOLOR ONFALO SIN SIGNOS DE INFECCION, CON BUENA PERFUSION DISTAL MÓVILES GIU GENITALES EXTERNOS MASCULINOS NORMOCONFIGURADOS NO LESIONES EN PIEL SNC: REFLEJOS PRIMITIVOS PRESENTES SUCCION POSITIVA, MORO + SIN DEFICIT</p> <p>ANÁLISIS: NEONATO ESTABLE NO DETERIORO CLÍNICO NI INFECCIOSO, CON GLUCOMETRIAS NORMALES POR LO QUE SE RETIRARON LEV. CONTINUA ANTIBIOTICOTERAPIA CON AMIKACINA VANCOMICINA, DIA HOY DIA 5 HEMOCULTIVOS DE CONTROL NEGATIVOS.</p> <p>PLAN: CONTINUAR IGUAL MANEJO MEDICO ACTUALMENTE CON CONTROL DE SUS GLUCOMETRIA, IGUAL ANTIBIOTICOTERAPIA</p> <p>En la historia clínica se evidencia lo siguiente:</p> <p><i>“MOTIVO DE CONSULTA: Tiene el pecho congestionado</i> <i>ENFERMEDAD ACTUAL: Cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en movilización de (ilegible) en tórax que se aumento la noche anterior (ilegible), fiebre 40 (...).”</i></p> <p>Se consignó igualmente que era un paciente en aceptables condiciones generales y afebreil, quien presentaba diagnóstico de bronquilitis leve, dificultad respiratoria leve, antecedentes de apnea e hipoxemia temprana con oxígeno dependencia.</p> <p>Se resumió la atención de la siguiente manera se obtuvo lo siguiente:</p> |

| | |
|---|---|
| | <p>PESO:3. 250 GMS F 120 FR 54 TEMP 36.5</p> <p>DESCRIBEN EXAMEN FISICO NORMAL COMO DATOS RELEVANTESM BRONCOESPASMO CON PATRON RESPIRATORIO SUFICIENTE, HOSPITALIZAN EN AISLAMIENTO RESPIRATORIO CON TERAPIA RESPIRATORIA E INHALOTERAPIA. SE INTERPRETA RX DE TORAX DE INGRESO COMO BRONQUIOLITIS. A LAS 48 HORAS PRESENTA DISNEA POLIPNEA E HIPOXEMIA CON CANULA NASAL, POR LO CUAL SE AUMENTA FLUJO DE OXIGENO Y TOMAN ESTUDIOS (RX DE TORAX, HEMOGRAMA Y P DE ORINA) LOS CUALES SE INTERPRETAN COMO NEUMONIA , ANEMIA LEVE Y DESCARTA COINFECCION URNARIA, SE ORDENA CULTIVAR E INCIO DE ANTIBIOTICOS (AMPICILINA- AMIKACINA) Y AGREGA AL MANEJO, AMINOFILINA EN INFUCION, METILPREDNISOLONA. A LAS 72 HORAS SE REPORTAN CULTIOS NEGATIVOS POR LO CUAL SUSPENDEN ANTIBIOTICOS ENDOVENOSOS Y CONTINUA CON ORALES TIPO AMOXACILINA DURANTE 7 DIAS CON BUENA EVOLUCION.SE SOLICITA CONTROL DE ECOCARDIOGRAMA CON HALLAZGOS DE CIA SECUNDUM SIN REPERCUSION HEMODINAMICA , SIN HIPETENSION PULMONAR Y BUENA FUNCION VENTRICULAR, LO CUAL NO REQUIERE INTERVENCIONES SOLO SEGUIMIENTO AMBULATORIO. LA EVOLUCION FUE FAVORABLE EN LOS SIGUENTES DIAS Y SALE CON OXIGENO DOMICILIARIO PERMANENTE, SEGUIMIENTO AMBULATORIO Y CITA DE CONTROL POR PEDIATRIA Y CARDIOLOGIA ADEMAS DE RECETA DE INHALADORES POR 15 DIAS MAS.</p> <p>Como diagnósticos de egreso se estableció neumonía, síndrome brocoobstructivo asociado y CIA sin repercusión hemodinamica.</p> |
| <p>Fecha y hora de la atención: desde las 17:16 del 22 de julio de 2011 al 26 de julio de 2011</p> <p>Lugar de atención: Clínica de Occidente</p> <p>Archivo 006, C05 y Archivo 015 C01</p> <p>Exp. Electrónico</p> | <p>Ingresó en mal estado general, dejando el siguiente reporte:</p> <p>17+15</p> <p>ATIENDO LLAMADO DE ENFERMERIA PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, CON DX: CONVULSION FEBRIL CON SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DADOS POR POLIPNEA, DISBALANCE TORACOABDOMINAL, CON SATURACION DE 78% CON CANULA NASAL A 0.5LPM, SE REALIZA SUCCION POR NARIZ Y BOCA OBTENIENDO UN DANTANTE: CANTIDAD DE SECRECION MUCOIDE. PACIENTE CON MARCADA DIFICULTAD RESPIRATORIA POR LO QUE SE INICIA SOPORTE VENTILATORIO POR CAMARA DE HOOD AL 35% SE INICIA NEBULIZACION+ADRENALINA +SSN.</p> <p>(...)</p> <p>LACTANTE DE 5 MESES DE EDAD CON CUADRO CLINICO QUE INICIO HACE 15 DIAS CON SINTOMAS DE GRIPA, CON TOS EXACERBADA EN LAS NOCHES, CON FLEMAS, VOMITO INDUCIDO POR LA TOS. AYER DEPOSICIONES DIARRHEICAS OSCURAS Y FETIDAS. DESDE HACE 2 DIAS PRESENTA FIEBRE NO CUANTIFICADA. INGRESA CON EPISODIO CONVULSIVO TONICO CLONICO GENERALIZADO QUE DURA APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS (1° EPISODIO). MANEJO CON ACETAMINOFEN EN GOTAS. NOCION DE CONTAGIO PARA GRIPA (+)</p> <p>INGRESA EN REQUIER ESTADO GENERAL, EN EPISODIO CONVULSIVO TONICO-CLONICO GENERALIZADO QUE YUGULA TRAS LA ADMINISTRACION DE MIDAZOLAM INTRANASAL. FONTANELA ESTRECHA LEVEMENTE ABOMBADA, OIDOS CON TIMPANOS NORMALES, CIANOSIS PERIORAL, MOVILIZACION DE SECRESIONES EN AMBOS CAMPOS PULMONARES A LA AUSCULTACION TORACICA, DIFICULTAD RESPIRATORIA DADA POR POLIPNEA, TIRAJE INTERCOSTAL, NEUROLÓGICO: INGRESA EN EPISODIO CONVULSIVO TONICO CLONICO GENERALIZADO, CON SUPREVERSION DE LA MIRADA QUE YUGULA TRAS LA ADMINISTRACION DE MIDAZOLAM INTRANASAL, QUEDANDO EN ESTADO POST-ICTAL, SIN FOCALIZACION. SE INICIA MANEJO CON OXIGENO POR CAMARA DE HOOD AL 35%, LIQUIDOS ENDOVENOSOS, MIDAZOLAM INTRANASAL, DIPIRONA EV PARA CONTROL DE LA FIEBRE, ESQUEMA DE MNB, VIGILANCIA NEUROLÓGICA, MONITORIZACION Y TOMA DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS.</p> <p>SE REMITE A UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIATRICA</p> <p>Se plantearon como diagnósticos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convulsión febril compleja - Bronquiolitis - Gastroenteritis viral |
| <p>Fecha y hora de la atención: desde las 19:47 am del 26 de julio de 2011 al 29 de julio de 2011</p> <p>Lugar de atención: Clínica Juan N Corpas</p> | <p>Ingresó paciente remitido por la Clínica de Occidente con diagnóstico de bronquillitis, con cuadro de convulsion secundario, en condiciones estables, dejando el siguiente registro:</p> <p>Motivo Consulta: CONVULSION</p> <p>Epistat Actual: EA LACTANTE MAYOR DE 6 MESES DE EDAD QUIEN ES ATENDIDO EN CLINICA DE OCCIDENTE EL DIA 22 DE JULIO DE 2011 POR PRESENTAR PICO FEBRIL NO CUANTIFICADO ACOMPAÑADO DE CONVULSION FEBRIL TONICOCLONICO GENERALIZADO DE APROXIMADAMENTE 30 MINUTOS DE DURACION MADRE DEL PACIENTE REFIERE QUE LA NOCHE ANTERIOR PRESENTO FIEBRE DE 38.7°C LA CUAL FUE TRATADA CON ACETAMINOFEN JARABE CON MEJORIA CLINICA MOMENTANEA, ADEMAS REFIERE CUADRO CONSISTENTE EN RINORREA HIALINA TOS CON MOVILIZACION DE SECRECIONES NO CIANOSANTE NI EMETIZANTE POR LO CUAL HA CONSULTADO EN EL ULTIMO MES AL SERVICIO DE URGENCIAS EN DONDE DAN MANEJO CON INHALADORES ANTIHISTAMINICOS Y MNB. DURANTE SU ESTANCIA EN LA CLINICA DE OCCIDENTE SE DECIDE REALIZAR DESTETE DE OXIGENO CON RESULTADO DE SATURACION DE OXIGENO DE 84%. PACIENTE ES REMITIDO A CLINICA JUAN N CORPAS EL DIA 25 DE JULIO DE 2011 POR EXACERBACION DE CUADRO RESPIRATORIO Y EPISODIO CONVULSIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS SE ENCUENTRA UN PACIENTE AFEBRIL HIDRATADO EN BUEN ESTADO GENERAL CON PRESENCIA DE RONCUS OCASIONALES EN CAMPOS PULMONARES SE REALIZAN PARACLINICOS CUADRO HEMATICO: WBC 6.2 NEU 59% LYM 42% HEMOGLOBINA 11.4 HEMATOCRITO 33.4 PLAQUETAS 343 RX TORAX: ESCASOS INFILTRADOS INTERSTICIALES PARAHILIARES EN EL MOMENTO CON REQUERIMIENTO DE OXIGENO SUPLEMENTARIO POR LO QUE SE DECIDE HOSPITALIZAR EN PISOS DE PEDIATRIA PARA CONTINUAR MANEJO. NOXA VIRAL POSITIVO (MADRE CON GRIPA)</p> |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------|----------------------------------|------------------|----|------|---------------------------------|---------------------|----|-----|--------------|---------------------|----|
| <p>Archivo 005, C05 Exp. Electrónico</p> | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Fecha y hora de la atención: desde las 6:36 am del 20 de octubre de 2012 a las 8:10 am de la misma fecha Lugar de atención: CAMI Patio Bonito – Hospital del Sur Archivo 004, C05 Exp. Electrónico</p> | <p>Se dejó la siguiente anotación: "MC. Convulsiones 2A paciente quien ingresa a urgencias por convulsiones traído por padre que refiere que lo bañó por fiebre, tipo tónicas con relajación de esfínteres con antecedente de episodio anterior con afectación SNC retraso psicomotor."</p> <p>Determinó como impresión diagnóstica estado epileptico y ordenó hospitalizar, y aplicar SSN Bolo, fanitoina y midazolam.</p> <p>A las 7 am se continuó con la reanimación del paciente por persistir en el estado convulsivo, le realizaron compresas.</p> <p>A las 8 y 10 de la manera se realizó el traslado del paciente al Hospital de Kennedy, en ambulancia básica de la institución, con ventilación por tubo orotraqueal, saliendo como urgencia vital.</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>Fecha y hora de la atención: desde las 8:23 AM del 20 de octubre de 2012 al 2 de noviembre de 2012 Lugar de atención: Hospital Occidente de Kennedy Archivo 003, C05 Exp. Electrónico</p> | <p>Ingresó el paciente remitido del CAMI Patio Bonito con estatus epileptico, en la historia clínica se reportó lo siguiente:</p> <p>PACIENTE INGRESA MAL TRANSPORTE, SIN MONITOREO, EN AMBULANCIA DE TRANSPORTE BÁSICO LLEGA CON TUBO TRAQUEAL, VENA PERIFÉRICA EN ESTADO DE CHOQUE. REMITEN CON DIAGNÓSTICO DE ESTATUS EPILEPTICO. LE ADMINISTRARON FENITOINA, MIDAZOLAM, DÍPIRONA Y ANTIINFLAMATORIOS.</p> <p>CUADRO DE INICIO SUBITO A LAS 02:00 DE TEMPERATURA DE 38.5 C PARA LO CUAL LE ADMINISTRÉ ACETAMINOFEN. A LAS 03:00 39.2 C, Y A LAS 05:00 CONVULSION TONICA, NO CLONICA CON HIPEREXTENSION DE EXTREMIDADES Y DESVIAC DE LA MIRADA HACIA ARRIBA DURACION NO CALRA, AL PARECER 5 MINUTOS. A LAS 07:00 LE COMENTARON QUE TENIA CONVULSION FOCALIZADA AUNQUE NO ES CLARA, MOVIMIENTOS DE CARA Y OCULARES. SIN RECUPERACION DE CONCIEN NO SINTOMAS RESPIRATORIOS, NO GASTROINTESTINALES. NO URINARIOS.</p> <p>Determinaron como diagnósticos de ingreso falla respiratoria, estatus febril, microcefalia, creaniosinostosis y retraso del desarrollo psicomotor.</p> <p>Presentó como diagnósticos de egreso falla respiratoria, epilepsia focal sintomatica, estenosis subglotica de 30%, granulomas en cuerdas vocales, y retraso en el desarrollo psicomotor.</p> <p>Se determinó que era un paciente crítico que requirió soporte ventilatoria y hemodinamico, con posible cuadro infeccioso, pudo ser extubado el 23 de octubre de 2012, lo cual toleró hasta el 24 de octubre de 2012 requiendo soporte ventilatorio nuecmente.</p> <p>Intentan la extubación nuevamente el 28 de octubre de 2012 pero presenta falla por estuidor y debe ser entubado.</p> <p>El 2 de noviembre de 2012 se realizó nuevo intento de extubación, siendo fallido, por lo cual en buen estado general es remitido a valoracion pediatria.</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>Fecha y hora de la atención: desde las 23:54 PM del 2 de noviembre de 2012 al 22 de noviembre de 2012 a las 10:47AM Lugar de atención:</p> | <p>Se establecieron como diagnósticos de ingreso los siguientes:</p> <table border="1" data-bbox="391 1928 1354 1983"> <tr> <td>J960</td> <td>INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA</td> <td>CONFIRMADO NUEVO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>G409</td> <td>EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO</td> <td>CONFIRMADO REPETIDO</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>Q02</td> <td>MICROCEFALIA</td> <td>CONFIRMADO REPETIDO</td> <td>NO</td> </tr> </table> <p>(...)</p> <p>DIAGNOSTICOS FALLA RESPIRATORIA EXTUBACION FALLIDA NUMERO 3 EXTRAHOSPITAL... (HOSPITAL KENNEDY) ESTENOSIS SUBGLOTTICA 30% GRANULOMAS CUERDAS VOCALES SINDROME CONVULSIVO SECUNDARIO A ESTUDIO MICROCRANEA (41 CM < P.3) RETARDO NEURODESARROLLO DESNUTRICION CRONICA TRASTORNO ACID O BASICO, ACIDOSIS RESPIRATORIA CON ALCALOSIS METABOLICA SINDROME ANEMICO NO TRASFUSIONAL. EN EL MOMENTO ANTECEDENTE DE CONVULSION FEBRIL COMPLEJA ?? EN VII-2011, TAC Y RMN CEREBRAL (XI-2011) CON ATROFIA CEREBRAL (2Q) Y DEL LOBULILLO PARIACENTRAL DERECH O CON ENCEFALOMALPACIA QUISTICA Y GLIOSIS SECULAR QUE PUEDEN CORRESPONDER A ENCEFALITIS DE RASMUSSEN O SECULAR DE LESION VASCULAR CAROTIDEA (IZQUIERDA ??, ECG DE VI-2012 REGISTRO NORMAL.</p> | J960 | INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA | CONFIRMADO NUEVO | SI | G409 | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO | CONFIRMADO REPETIDO | NO | Q02 | MICROCEFALIA | CONFIRMADO REPETIDO | NO |
| J960 | INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA | CONFIRMADO NUEVO | SI | | | | | | | | | | |
| G409 | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO | CONFIRMADO REPETIDO | NO | | | | | | | | | | |
| Q02 | MICROCEFALIA | CONFIRMADO REPETIDO | NO | | | | | | | | | | |

| <p>Fundación Hospital de la Misericordia a Archivo 002, C05 Exp. Electrónico</p> | <p>Diagnósticos de egreso:</p> <table border="1" data-bbox="386 256 1349 393"> <thead> <tr> <th>CÓDIGO</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> <th>TIPO</th> <th>PRINCIPAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>846</td> <td>DESNUTRICIÓN PROTEICOENERGÉTICA, NO ESPECIFICADA</td> <td>CONFIRMADO NUEVO</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>3960</td> <td>INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA</td> <td>CONFIRMADO NUEVO</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>007</td> <td>MICROCEFALIA</td> <td>CONFIRMADO REPETIDO</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>6409</td> <td>EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO</td> <td>CONFIRMADO REPETIDO</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>3050</td> <td>LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA (CRUP)</td> <td>IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>3041</td> <td>TRAQUEITIS AGUDA</td> <td>IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>R620</td> <td>RETARDO EN DESARROLLO</td> <td>IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA</td> <td>NO</td> </tr> </tbody> </table> <p>(...)</p> <p>Diego Alejandro con evolución clínica favorable, sin deterioro respiratorio, ni requerimientos de oxígeno suplementario, si y signos de respuesta inflamatoria sistémica. No apariencia tóxica, reporte de cavum faríngeo sin hallazgos de obstrucción dependiente de adenoides ni amígdalas, dentro de límites normales. Madre refiere que cumplió trámites para oxígeno domiciliario, se decide dar salida con recomendaciones generales, signos de alarma para reconsultar a urgencias. Por comorbilidad es y patología o base se deja valoración consulta externa por fisiatría, otorrino, neuropediatría y fonoaudiología se dan recomendaciones. Vigi lancia en casa de aparición estridos, se deja medicación corticoide en descenso y desmonte por uso prolongado, manejo anticonvulsivante y broncodilatador. Plan salida</p> <p>A grandes rasgos la historia clínica reporta que el menor llegó a la edad de 21 meses remitido del Hospital Occidente de Kennedy para la valoración por otorrino y determinar traqueostomía por tres extubaciones fallidas, indicando que el paciente se encontraba internado desde el 20 de octubre de 2021, posterior a ser remitido del CAMI Patio de Bonito, en donde ingresó con un cuadro de inicio súbito de fiebre de 39.5 grados y convulsión de 10 minutos.</p> <p>Iniciaron tratamiento de reanimación con micronebulización con adrenalina con mejoría respiratoria leve</p> <p>Inician el tratamiento y logran estabilizar al paciente a tal punto que el 22 de noviembre de 2012 dan salida con recomendaciones, plan de egreso y se remite con oxígeno domiciliario.</p> | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | TIPO | PRINCIPAL | 846 | DESNUTRICIÓN PROTEICOENERGÉTICA, NO ESPECIFICADA | CONFIRMADO NUEVO | NO | 3960 | INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA | CONFIRMADO NUEVO | NO | 007 | MICROCEFALIA | CONFIRMADO REPETIDO | NO | 6409 | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO | CONFIRMADO REPETIDO | NO | 3050 | LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA (CRUP) | IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA | NO | 3041 | TRAQUEITIS AGUDA | IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA | SI | R620 | RETARDO EN DESARROLLO | IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA | NO |
|--|--|-----------------------|-------------|------|-----------|------|--|-----------------------|----|--------|--------------------------------------|-----------------------|-----------|------|--------------------------------------|---------------------|----|------|--|---------------------|----|------|--------------------------------------|-----------------------|----|------|--|-----------------------|----|------|----------------------------------|-----------------------|----|
| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | TIPO | PRINCIPAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 846 | DESNUTRICIÓN PROTEICOENERGÉTICA, NO ESPECIFICADA | CONFIRMADO NUEVO | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3960 | INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA | CONFIRMADO NUEVO | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 007 | MICROCEFALIA | CONFIRMADO REPETIDO | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6409 | EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO | CONFIRMADO REPETIDO | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3050 | LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA (CRUP) | IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3041 | TRAQUEITIS AGUDA | IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R620 | RETARDO EN DESARROLLO | IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Fecha y hora de la atención: desde las 16:07 PM del 25 de noviembre de 2012 hasta el 10 de diciembre de 2012 a las 11:53 AM atención: Fundación Hospital de la Misericordia a Archivo 002, C05 Exp. Electrónico</p> | <p>Diagnóstico de ingreso:</p> <table border="1" data-bbox="386 1191 1349 1248"> <thead> <tr> <th>CÓDIGO</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> <th>TIPO</th> <th>PRINCIPAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3050</td> <td>LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA (CRUP)</td> <td>CONFIRMADO NUEVO</td> <td>SI</td> </tr> </tbody> </table> <p>Al realizar el examen de ingreso se determinó lo siguiente:</p> <p>PACIENTE CON CUADRO DE LARINGOTRAQUEOBRONQUIOLITIS EN PRIMER DÍA DE HOSPITALIZACIÓN SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA SIN FIEBRE, SIN EMBARGO, PERSISTE INSTRIDOR INSPIRATORIO, SIN HISTORIA DE CUERPO EXTRAÑO. SE CONSIDERA, QUE PUEDE TRATARSE DE INFECCIÓN POR VIRUS A PESAR DE QUE PANEL VIRAL SEA NEGATIVO. GASTROENTERITIS RESUELTA. SE CONTINUA MICRONEBULIZACIONES CON ADRENALINA 2 MG/CADA 4 HORAS, METILPREDNISOLONA 1 MG/KG DOSIS CADA 6 HORAS. CONTINUAR OXIGENOTERAPIA.</p> <p>1. SD DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SECUNDARIO A OSTRUCCION DE LA VIA AEREA SUPERIOR SECUNDARIO A CRUP 2. GASTROENTERITIS VIRAL RESUELTA 3. EPILEPSIA FOCAL SINTOMÁTICA 4. RETARDO GLOBAL DEL NEURODESARROLLO 5. DESNUTRICION CRONICA</p> <p>Continúan con la atención presentando una desmejoría con signos de tos el 28 de noviembre de 2012, siendo necesaria una nueva intubación orotraqueal, realizando la relajación respectiva y verificando que no hubiese lesión se logró la intubación, comenzando una evolución positiva.</p> <p>Diagnósticos de egreso:</p> <table border="1" data-bbox="386 1714 1349 1839"> <thead> <tr> <th>CÓDIGO</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> <th>TIPO</th> <th>PRINCIPAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3050</td> <td>LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA (CRUP)</td> <td>CONFIRMADO NUEVO</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>6402</td> <td>EPILEPSIA Y SINDROMES EPILÉPTICOS SINTOMÁTICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES)</td> <td>CONFIRMADO NUEVO</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>3386</td> <td>ESTENOSIS LARÍNGEA</td> <td>CONFIRMADO NUEVO</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>A415</td> <td>SEPTICEMIA DEBIDA A OTROS ORGANISMOS GRAMNEGATIVOS</td> <td>CONFIRMADO NUEVO</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>3960</td> <td>INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA</td> <td>CONFIRMADO NUEVO</td> <td>NO</td> </tr> </tbody> </table> <p>(...)</p> <p>INTENTAR DESTETE DE OXIG ENO. 10/12/12: PACIENTE CON ADECUADA EVOLUCION, TOLERO DESTETE DE OXIGENO COMPLEMENTARIO, AFEBRIL, TOLERANDO ADECUADAMENTE LA VIA ORAL, PACIENTE QUE PUEDE CONTINUAR MANEJO MEDICO AMBULATORIO. SE DECIDE DAR EGRESO CON FORMULA MEDICA: PREDNISOLONA (EN DESCENSO), AMPICILINA SULBACTAM POR 3 DIAS MAS, SALBUTAMOL INHALADOR, ORDEN PARA TERAPIA FISICA, FONOAUDILOGIA, TERAPIA OCUPACIONAL. CITA CONTROL POR NEUROLOGIA PEDIATRICA, PEDIATRIA. MADRE ENTIENDE Y ACEPTA CONDUCTA. SE DAN RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA PARA RECONSULTAR POR EL SERVICIO DE URGENCIAS. SALIDA.</p> | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | TIPO | PRINCIPAL | 3050 | LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA (CRUP) | CONFIRMADO NUEVO | SI | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | TIPO | PRINCIPAL | 3050 | LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA (CRUP) | CONFIRMADO NUEVO | SI | 6402 | EPILEPSIA Y SINDROMES EPILÉPTICOS SINTOMÁTICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) | CONFIRMADO NUEVO | NO | 3386 | ESTENOSIS LARÍNGEA | CONFIRMADO NUEVO | NO | A415 | SEPTICEMIA DEBIDA A OTROS ORGANISMOS GRAMNEGATIVOS | CONFIRMADO NUEVO | NO | 3960 | INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA | CONFIRMADO NUEVO | NO |
| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | TIPO | PRINCIPAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3050 | LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA (CRUP) | CONFIRMADO NUEVO | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | TIPO | PRINCIPAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3050 | LARINGITIS OBSTRUCTIVA, AGUDA (CRUP) | CONFIRMADO NUEVO | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6402 | EPILEPSIA Y SINDROMES EPILÉPTICOS SINTOMÁTICOS RELACIONADOS CON LOCALIZACIONES (FOCALES) (PARCIALES) | CONFIRMADO NUEVO | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3386 | ESTENOSIS LARÍNGEA | CONFIRMADO NUEVO | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A415 | SEPTICEMIA DEBIDA A OTROS ORGANISMOS GRAMNEGATIVOS | CONFIRMADO NUEVO | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3960 | INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA | CONFIRMADO NUEVO | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Fecha y hora de la atención: desde las 14:21 PM del 15 de diciembre de 2012 al 23 de diciembre</p> | <p>Diagnósticos de ingreso:</p> <table border="1" data-bbox="386 2063 1349 2120"> <thead> <tr> <th>CÓDIGO</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> <th>TIPO</th> <th>PRINCIPAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>3370</td> <td>LARINGITIS CRÓNICA</td> <td>IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>1219</td> <td>BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA</td> <td>IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA</td> <td>NO</td> </tr> </tbody> </table> <p>(...)</p> | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | TIPO | PRINCIPAL | 3370 | LARINGITIS CRÓNICA | IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA | SI | 1219 | BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | TIPO | PRINCIPAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3370 | LARINGITIS CRÓNICA | IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA | SI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1219 | BRONQUIOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA | NO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| <p>de 2021 Lugar de atención: Fundación Hospital de la Misericordia Archivo 002, C05 Exp. Electrónico</p> | <p>J: INGRESA CON DIFICULTAD RESPIRATORIA MODERADA A SEVERA, SE INICIA MANEJO CON O2 SUPLEMENTARIO, BOLO DE ESTEROIDE , BOLO DE LACTATO RINGER, MNB CON ADRENALINA. PACIENTE CON CLINICA DE CHOQUE OBSTRUCTIVO, COMPONENTE ALTO Y BAJO. MAS ALTO, ALTISIMO RIESGO DE PROGRESION A FALLA VENTILATORIA. SE DEJA EN HOSPITALIZACION UCI 1/2 COMO URGENCIA VITAL 16-12-2012 CONTINUA MANEJO CON ESTEROIDE PARENTERAL, MNB CON ADRENALINA. INICIAR TOLERANCIA VIA ORAL E INTENTAR DESCENSO DE FIO2. 17-12-2012 ACIETNE CON CUADRO DE AGUDIZACION DE SIBILANTE RECURRENTE. MULTIPLES CUADROS INFECCIOSOS PREVIOS, VM, EXTUBACION FALLIDA, VIA AEREA DIFICIL. AHORA SIN UNA CUADRO INFECCIOSO BACTERIANO. SIN MANEJO ANTIOTICO. HA RESPONDIDO BIEN AL MANEJO INSTAURADO. DISMINUYEN LOS SIGNOS DE SDR. SE INTENTARA DESCENSO DE FIO2. RX DE TORAX REPORTA OPACIDADES MAL DEFINIDAS BASALES, PREDOMINO IZQUIERDO. PCR NEGATIVA. 18-12-2012 PACIENTE EN MANEJO POR CUADRO BRONCO-OBSTRUCTIVO, SIN DETERIORO DEL PATRON RESPIRATORIO, NO AUMENTO DEL ESTRIDOR, BAJOS REQUERIMIENTOS DE OXIGENO SUPLEMENTARIO. SE CONTINUAN MNB CON ADRENALINA CADA 6 HORAS Y ESTEROIDE EV.</p> <p>Le realizaron microlaringea mas dilatación e infiltración de estenosis subglotica, comenzando a estabilizarse.</p> <p>Diagnósticos de egreso:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>CÓDIGO</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> <th>TIPO</th> <th>PRINCIPAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>J219</td> <td>BRONQUOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA</td> <td>IMPRESIÓN DIAGNOSTICA</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>J370</td> <td>LARINGITIS CRÓNICA</td> <td>IMPRESIÓN DIAGNOSTICA</td> <td>SI</td> </tr> <tr> <td>J999</td> <td>ESTENOSIS SUBGLOTTICA CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTOS</td> <td>CONFIRMADO NUEVO</td> <td>NO</td> </tr> </tbody> </table> <p>(...)</p> <p>23-12-12 PTE CON DX DE ESTENOSIS SUBGLOTTICA, ESTABLE, CON ADECUADA EVOLUCION POP, CON REQUERIMIENTO DE O2 SUPLEMENTARIO A BAJO FLUJO, SIN SIRS, NI SDR. TOLERABA LA VIA ORAL, DISFONIA, NO ESTRIDOR, YA CON RECEPCION DE O2 DOMICILIARIO, VALORADO POR OTORRINO QUIENES CONSIDERAN ADECUADO POP. QUIEN REQUIERE NUEVA MICROENDOSCOPIA LARINGEA, MAS DILATACION EN INIFILTRACION LARINGEA. SE CITA POR CONSULTA EXTERNA PARA PROGRAMAR NUEVO PROCEDIMIENTO QUIRURGICO DADO EL ADECUADOS ESTADO GENERAL, SE DECIDE DAR EGRESO CON O2 DOMICILIARIO A 0.5L/MIN. ACIDO VALPROICO, SALBUTAMOL INHALADO, SE DAN RECOMENDACIONES GENERALES, SE EXPLICAN CLARAMENTE LOS SIGNOS DE ALARMA, CITA CONTR OL EN 8 DIAS POR PEDIATRIA, CITA PARA EL MIERCOLES 26/12/12 8 AM, CONSULTORIO DE OTORRINO. PLAN: SALIDA</p> | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | TIPO | PRINCIPAL | J219 | BRONQUOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | IMPRESIÓN DIAGNOSTICA | NO | J370 | LARINGITIS CRÓNICA | IMPRESIÓN DIAGNOSTICA | SI | J999 | ESTENOSIS SUBGLOTTICA CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTOS | CONFIRMADO NUEVO | NO |
|---|---|-----------------------|-------------|------|-----------|------|-------------------------------------|-----------------------|----|------|--------------------|-----------------------|----|------|--|------------------|----|
| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | TIPO | PRINCIPAL | | | | | | | | | | | | | | |
| J219 | BRONQUOLITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | IMPRESIÓN DIAGNOSTICA | NO | | | | | | | | | | | | | | |
| J370 | LARINGITIS CRÓNICA | IMPRESIÓN DIAGNOSTICA | SI | | | | | | | | | | | | | | |
| J999 | ESTENOSIS SUBGLOTTICA CONSECUTIVA A PROCEDIMIENTOS | CONFIRMADO NUEVO | NO | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Fecha y hora de la atención: A las 09:05 del 26 de noviembre de 2012 Lugar de atención: Fundación Hospital de la Misericordia Especialista: Otorrinolaringólogo Pediátrico Archivo 002, C05 Exp. Electrónico</p> | <p>El menor y su mamá asisten a control en el que manifestó mejoría y se determinó lo siguiente:</p> <p>Fecha : 2012/12/26 09:05 Prestador : MARRUGO PARDO GILBERTO EDUARDO/ - Reg Médico : 19421909 - OTORRINOLARINGOLOGIA PEDIATRICA</p> <p>J: PACIE CON ESTENOSIS SUBGLOTTICA, QUIEN REQUIERE NUEVO PROCEDIMIENTO DE MICROENDOSCOPIA LARINGEA MAS DILATACION E INFILTRACION CON TRIAMCINOLONA Y MITOMICINA C PARA TOPICACION. SE DAN ORDENES A PAPA Y MAMA, SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y RECOMENDACIONES. PRIORICE DIMIENTO PRIORITARIO.</p> <p>Ordenes de Servicio :</p> <ul style="list-style-type: none"> * INYECCION ENDOSCOPICA EN PLEJUE VOCAL LATERAL CON MATERIAL INERTE (COLAGENO, TEFLON O GELFOAM) * MICROENDOSCOPIA LARINGEA DIAGNOSTICA * DILATACION DE LA LARINGEA 50D <p>Medicamentos :</p> <ul style="list-style-type: none"> * MITOMICINA VIAL X 20MG .1, PARA UTILIZAR EN CIRUGIA PARA TOPICACION * TRIAMCINOLONA VIAL X 10MG/5ML .1, PARA UTILIZAR EN CIRUGIA PARA INFILTRACION DE LESION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Fecha y hora de la atención: A las 12:06 del 28 de diciembre de 2012 a las 20:22 PM del mismo día Lugar de atención: Fundación Hospital de la Misericordia Archivo 002, C05 Exp. Electrónico</p> | <p>Ingresó nuevamente al servicio de urgencias por presentar dificultad respiratoria, de 7 días de evolución, tos húmeda, desde hace dos días aumentos de trabajo respiratorio y fiebre, se diagnosticó infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores, se ordenó su hospitalización y se realizó una radiografía de torax, en la que se determinó:</p> <p>Lectura de radiología: rx de torax con opacidades parenquimatosas de distribución segmentarias a expensas de ambos lobulos inferiores de predominio izquierdo sin derrame pleural y silueta cardiaca normal. opacidades en relacion mas probable a atelectasia pero no descarta foco neumonico en base pulmonar izquierda.</p> <p>Le dan como tratamiento nebulizaciones con adrenalina y prednisolona, con mejoría en la misma fecha por lo cual le dan salida con reomendaciones y medicación.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Fecha y hora de la atención: A las 13:05 del 9 de enero de</p> | <p>Ingresa con motivo de consulta de dificultad para respirar, en compañía de su mamá, con estado general malo, con fiebre, hidratado, polipneico, con estridor laríngeo audible, paolidez cutánea leve y mucosas húmedas.</p> <p>Se determinó como diagnóstico de laringitis obstructiva aguda.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |

| <p>2013 al 18 de enero de 2013 a las 11:13 AM Lugar de atención: Fundación Hospital de la Misericordia Archivo 002, C05 Exp. Electrónico</p> | <p>Procedieron a ingresar a sala de reanimación y con probabilidad de ingreso a cuidado intensivo, tratamiento que produce una leve mejoría, pero con alto riesgo de falla ventilatoria.</p> <p>El 14 de enero de 2013 realizan una microlaringoscopia mas dilatación laringea, sin complicaciones, pese a que no se pudo intubar para la realización del procedimiento.</p> <p>Diagnóstico de egreso:</p> <table border="1" data-bbox="391 488 1377 550"> <thead> <tr> <th>CÓDIGO</th> <th>DESCRIPCIÓN</th> <th>TIPO</th> <th>PRINCIPAL</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>J386</td> <td>ESTENOSIS LARÍNGEA</td> <td>CONFIRMADO REPETIDO</td> <td>NO</td> </tr> <tr> <td>J056</td> <td>LARINGITIS OBSTRUCTIVA AGUDA (CRUP)</td> <td>CONFIRMADO REPETIDO</td> <td>SI</td> </tr> </tbody> </table> <p>(...)</p> <p>CON MEJORIA DE ESTAD O GENERAL, NO NUEVAS ALZAS TERMICAS, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, EVOLUCION LENTA A LA MEJORIA, SE CONTINUA MANEJO DE VIA AEREA SE LE EXPLICA A ACOMPAÑANTE ENERO 18 DE 2012 PACIENTE CON HISTORIA DE EPILPSIA FOCAL SINTOMATICA, Y ESTENOSIS SUBGLOTICA EN MANEJO CON DILATACION, EN EL MOMENTO MEJORIA DE SINTOMAS RESPIRATORIOS ALTOS, MEJORIA DE ESTRIDOR Y DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR, BUEN ESTADO GENERAL, NO NUEVAS ALZAS TERMICAS, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, EVOLUCION LENTA A LA MEJORIA, DADO LO ANTERIOR SE DECIDE DAR SALIDA CON SIGNOS DE ALARMA, RECOMENDACIONES GENERALES, CONTROL POR CONSULTA EXTERNA</p> | CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | TIPO | PRINCIPAL | J386 | ESTENOSIS LARÍNGEA | CONFIRMADO REPETIDO | NO | J056 | LARINGITIS OBSTRUCTIVA AGUDA (CRUP) | CONFIRMADO REPETIDO | SI |
|--|--|---------------------|-------------|------|-----------|------|--------------------|---------------------|----|------|-------------------------------------|---------------------|----|
| CÓDIGO | DESCRIPCIÓN | TIPO | PRINCIPAL | | | | | | | | | | |
| J386 | ESTENOSIS LARÍNGEA | CONFIRMADO REPETIDO | NO | | | | | | | | | | |
| J056 | LARINGITIS OBSTRUCTIVA AGUDA (CRUP) | CONFIRMADO REPETIDO | SI | | | | | | | | | | |
| <p>Fecha y hora de la atención: A las 9:50 AM del 15 de febrero de 2013 Lugar de atención: Fundación Hospital de la Misericordia Archivo 002, C05 Exp. Electrónico</p> | <p>Asisten a valoración preanestésica así:</p> <p>AV. PACIENTE ASA 2, SE PUEDE PROGRAMAR. SE EXPLICA A LOS PADRES PROCEDIMIENTO ANESTESICO, RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES. SE DAN INDICACIONES. SE OBTIENE CONSENTIMIENTO INFORMADO.</p> <p>PLAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> - AYUNO DE 6 HORAS PARA SOLIDOS, 2 HORAS PARA LIQUIDOS CLAROS. - SE EXPLICA PROCEDIMIENTO, RIESGOS Y POSIBLES COMPLICACIONES - CONTINUAR ANTICONVULSIVANTES INCLUSO DIA DE LA CIRUGIA - SE OBTIENE CONSENTIMIENTO INFORMADO - SE INDICA NOTIFICAR Y NO ASISTIR EN CASO DE FIEBRE, GRIPA U OTRA ENFERMEDAD AGUDA NO RELACIONADA CON SU PATOLOGIA DE BASE - PREMEDICAR CON 5 MG DE MIDAZOLAM VO. | | | | | | | | | | | | |
| <p>Fecha y hora de la atención: A las 23:10 del 9 de abril de 2013 al 12 de abril de 2013 a las 15:52 Lugar de atención: Fundación Hospital de la Misericordia Archivo 002, C05 Exp. Electrónico</p> | <p>Ingresó en mal estado general, se da como diagnóstico enfermedades de la tráquea y de los bronqueos.</p> <p>Ingresó a reanimación con las siguientes anotaciones:</p> <p>EN FERMEDAD ACTUAL. CUADRO DE 1 DIA DE EVOLUCION DE RINORREA HIALINA, TOS, DISFONIA HOY, DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA EN ULTIMAS 6 HORAS, DESDE LAS 18+00H. FIEBRE CAUNTIFICADA EN 39-40°C HOY. TOS NO ASOCAIDA A CIANOSIS NI VOMITO. NOCION DE CONATGIO: ASISTE A AJRDIN. NO VOMITO, NO DIARREA, NO EXANTEMAS, NO FOCOS DE SANGRADO, ULTIMA MICCION ESPONTANEA HOY 9+30PM. NO FOCOS DE SANGRADO. HOY ADECUADA ACEPTACION A VIA ORAL.</p> <p>(...)</p> <p>EXAMEN FISICO: INGRESA PACIENTE A LAS 23+10HORAS A SALA DE REANIMACION, EN COMPAÑIA DE AUXILIAR DE ENFERMERIA Y DE MEDICO DE TRIAGE, QUIEN INFORMA OXIMETRIA DE PACIENTE AL INGRESO A TRIAGE DE 84% FIO2 0.21, SEVERA DIFICULTAD RESPIRATORIA. PACIENTE ALERTA, ATENTA, CONSCIENTE, SIN LENGUAJE EXPRESIVO VERBAL. PUPILAS ISOCORIAS, RNOMORREACTIVAS. SIGNOS VITALES AL INGRESO FC 164LPM SO2 84% FIO2 0.21. SO2 ASCIENDE A 98% CON FIO2 0.35. FC 167LPM PESO 9.7 KG. PA 97/70MMHG</p> <p>(...)</p> <p>ANALISIS Y PLAN. PACIENTE PRE ESCOLAR DE 27 MESES DE EDAD, COMO ANTECEDENTES RELEVANTES, EPILPSIA FOCAL APARENTEMENTE SINTOMATICA, R ETARDO GLOBAL EN NEURODESARROLLO, ESTENOSIS SUBGLOTICA, CON CUADRO QUE INICIA CON SINTOMAS GRIPALES, CON POSTERIOR Y RAPIDA PROGRESION A DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA. INGRESA EN MUY MAL ESTADO GENERAL, DIFICULTAD RESPIRATORIA SEVERA ESTRIDOR LEVE, DISFONIA, ASIMETRIA EN MURMULLO VESICULAR, TAQUICARDIA PERSISTENTE, SIN OTROS SIGNOS DE CHOQUE, CON ANTECEDENTE DE MULTIPLES INTUBACIONES OROTRAQUEALES Y MULTIPLES DILATACIONES LARINGEAS. CUADRO PUEDE SER SECUNDARIO A INFECCION RESPIRATORIA AGUDA DE ORIGEN VIRAL, CON CRUP INFRAGLOTICO VIRAL, Y COMPROMISO DE VIA AEREA INFERIOR. NO OBSTANTE, CON ASIMETRIA DE MURMULLO VESICULAR, MUY MAL APTRON RESPIRATORIO Y FIEBRE AL INGRESO, TAQUICARDIA, POR LO CUAL PUEDE CURSAR CON NEUMONIA DE ORIGEN BACTERIANO. NO ESTANCIAS HOSPITALARIA NI BETA LACTAMICOS EN ULTIMOS 3 MESES, SE DECIDE INICIO DE CEFTRIAXONA A DOSIS DE 100 MG KG DIA. VIGILANCAI ESTRECHA DE APTRON RESPIRATORIO Y ESTADO HEMODINAMICO EN SALA DE REANIMACION. POR AHORA SIN REPERCUSION O DETERIORO EN ESTADO O NIV EL DE CONCIENCIA. SS RX TORAX PORTATIL, HEMOGRAMA, REACTANTES FASE AGUDA, AZODOS, CRISTALOIDES, PERMANENCIA EN SALA DE REANIMACION, O2 SUPLEMENTARIO POR SISTEMA DE ALTO FLUJO. CORTICOIDES SISTEMICOS.</p> <p>SE EXPLICA A PADRE CONDUCTA A SEGUIR, ESTADO ACT UAL DE PACIENTE, POSIBLES COMPLICACIONES.</p> <p>SEGUN ESTUDIOS Y EVOLUCION CLINICA SE MODIFICARÁ CONDUCTA. VIGILANCAI ESTRECHA DE TAQUICARDIA.</p> <p>Realizaron el 12 de abril de 2013 una microlaringoscopia mas dilatación e infiltración.</p> | | | | | | | | | | | | |
| <p>Fecha y hora de la atención: A las 16:53 del 13 de abril de 2013 al 18 de abril de 2013 a las 10:47 Lugar de atención:</p> | <p>Pese a ser tratado y presentar leve mejoría, el 13 de abril de 2013 el paciente presentó crup laringeo severo que requirió monitorización en reanimación.</p> <p>REANIMACION PACIENTE NUEVAMENTE CON CRUP SEVERO SE INICIA ESQUEMA CON ADRENALINA CADA HORA POR 3 INTERCALADO CON BUDESONIDA 1 AMPOLLA EN CADA MICRONEBULIZACION SE DEJA MEDICACION DE BASE ANTICONVULSIVATE CON ACIDO VALPROICO.</p> <p>REANIMACION: PACIENTE CON DETERIORO VENTILATORIO Y AUMENTO DE SEVERIDAD DE CRUP SE INICIO ESQUEMA CON ADRENALINA Y BUDESONIDA SE ADMINISTRIO NUEVA DOSIS DE METILPREDNISOLONA MAS DEXAMETASONA SE TRASLADA A UNIDAD DE CUIDADO INTERMEDIO COMO URGENCIA VITAL POR RIESGO DE FALLA VENTILATORIA NO ESTA EN ESTADO DE CHOQUE EN EL MOMENTO URGENCIA VITAL, SINDROME DE DIFICULTA D RESPIRATORIA SEVERA CON CRUP SEVERO RIESGO ALTO DE FALLA VENTILATORIA VIA AEREA DIFICIL.</p> | | | | | | | | | | | | |

| <p>Fundación Hospital de la Misericordia Archivo 002, C05 Exp. Electrónico</p> | <p>A partir el 14 de abril de 2013 se traslado al paciente a la unidad de ciudad intermedio pediatico.</p> <p>Se da evolución médica satisfactoria por lo cual se produjo la salida:</p> <p>EVOLUCION CLINICA SATISFACTORIA, EN EL MOMENTO CLINICA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, HIDRATADO, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA CON DISMINUCION DE ESTRIDOR EN MANEJO CON CORTICOIDE ORAL E INHALADO. HOY DIA 6 SIN REQUERIMIENTOS DE OXIGENO SUPLEMENTARIO EN LAS ULTIMAS 24 HRS CURVA TENSIONAL DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. TOLERA Y ACEPTA VIA ORAL, POR LO ANTERIOR SDE DECIDE DAR SALIDA CON FORMULA DE SALBUTAMOL, BECLOMETASONA, PREDNISOLONA DURANTE UN DIA MAS, ESTUDIOS SOLICITADOS POR FISIATRIA, CONTROL POR PEDIATRIA, OTORRINO Y FISIATRIA, RECOMENDACIONES Y SIGNOS DE ALARMA. SE EXPLICA A MADRE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA CONDUCTA.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---------------|-------------------------------------|---------------|------|------|-----------------------|--|-------------------------------------|------|---------------------------------|--|--------------------------|------|-------------------------|--|--------------------------|------|---|--|--------------------------|-------|----------|--|--------------------------|
| <p>Fecha y hora de la atención: A las 21:52 PM del 17 de marzo de 2014 al 18 de marzo de 2014 a las 5:51 am Lugar de atención: Fundación Hospital de la Misericordia Archivo 002, C05 Exp. Electrónico</p> | <p>Ingresó al presentar tos y fiebre, con dos días de evolución, tenía estado general bueno, con diagnóstico de infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores, definiendo lo siguiente:</p> <p>ANALISIS PREESCOLAR MASCULINO DE 3 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE EPILEPSIA FOCAL SINTOMÁTICA Y HOSPITALIZACIÓN ENUCI QUE REQUIRIÓ 10 CON ESTENOSIS SUBIÓTICA SECUNDARIA MANEJADA CON 3 DILATACIONES. EN EL MOMENTO CURSA CON INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS DE PROBABLE ETIOLOGÍA VIRAL CON SIBILANCIAS A LA AUSCULTACIÓN CARDIOPULMONAR Y SATURACIÓN LÍMITE. MADRE REFIERE QUE VOZ BITONAL ES PERMANENTE DESDE 10T POR LO QUE NO SE CONSIDERA CURSE CON CRUP QUE REQUIERA MANEJO CON CORTICOIDES. SE ORDENA CICLO DE NEBULIZACIONES CON BETA DOS INHALADO Y SE REVALORARÁ PARA DEFINIR EGRESO. SE EXPLICA A LA MADRE.</p> <p>IDX: 1. INFECCIÓN DE VÍAS RESPIRATORIAS 1.1 EPISODIO SIBILANTE 2. ANTECEDENTE DE EPILEPSIA FOCAL SINTOMÁTICA EN MANEJO 3. ANTECEDENTE DE ESTENOSIS SUBIÓTICA CORREGIDA</p> <p>Al reevaluar al paciente se encontró estable sin signos de dificultad respiratoria, por lo que le dieron salida con signos de alarma.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Fecha y hora de la atención: desde las 21:20 PM del 21/10/2014 a las 8:40 am del 22/10/2014 Lugar de atención: Clínica del Occidente Archivo 001 C05 y Archivo 015 C01 Exp. Electrónico</p> | <p>Se determinaron los siguientes diagnósticos:</p> <table border="1" data-bbox="386 1128 1323 1283"> <thead> <tr> <th>Codigo</th> <th>Descripción Diagnostico</th> <th>Observaciones</th> <th>Impo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>R560</td> <td>CONVULSIONES FEBRILES</td> <td></td> <td><input checked="" type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>G409</td> <td>EPI FPSTA, TIPO NO ESPECIFICADO</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>R509</td> <td>FIEBRE, NO ESPECIFICADA</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>R961</td> <td>MUERTE QUE OCURRE EN MENOS DE 24 HORAS DEL INICIO DE LOS SINTOMAS, NO EXPLICADA DE OTRA FORMA</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B0191</td> <td>VARICELA</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>De la revisión del paciente obtuvieron lo siguiente:</p> <p>CABEZA Y CUELLO PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL, CIANOTICO PERIBUCAL, PUPILAS NORMORREACTIVAS A LA LUZ DE TAMAÑO NORMAL, SEGRECION ORAL LIQUIDO CLARO, DIENTES RIGIDOS, LENGUA INTEGRAL.</p> <p>CARDIO PULMONAR RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS, TAQUIPENICO, POLIPNEIDO, RETRACCION SUBCOSTAL, ABUNDANTE MOVILIZACION DE SECRECIONES</p> <p>ABDOMEN ABDOMEN DISTENDIDO, NO IRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS</p> <p>GENITOURINARIO NORMOCONFIGURADOS MASCULINOS</p> <p>EXTREMIDADES EXTREMIDADES EUTROFICAS, RIGIDEX DE 4 EXTREMIDADES, PULSOS PRESENTES SIMETRICOS</p> <p>PIEL Y FANERAS LESIONES ERITEMATOSAS EN ABDOMEN, DORSO, MIEMBROS INFERIORES DE CONTENIDO LIQUIDO CLARO ESCASO, NO SIGNOS DE INFECCION O SANGRADO.</p> <p>NEUROLOGICO PACIENTE EN STATUS CONVULSIVO, CON SIGNOS DE FOCALIZACION.</p> <p>El siguiente es el resumen de actuaciones médicas surtidas en día del fallecimiento del menor:</p> | Codigo | Descripción Diagnostico | Observaciones | Impo | R560 | CONVULSIONES FEBRILES | | <input checked="" type="checkbox"/> | G409 | EPI FPSTA, TIPO NO ESPECIFICADO | | <input type="checkbox"/> | R509 | FIEBRE, NO ESPECIFICADA | | <input type="checkbox"/> | R961 | MUERTE QUE OCURRE EN MENOS DE 24 HORAS DEL INICIO DE LOS SINTOMAS, NO EXPLICADA DE OTRA FORMA | | <input type="checkbox"/> | B0191 | VARICELA | | <input type="checkbox"/> |
| Codigo | Descripción Diagnostico | Observaciones | Impo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R560 | CONVULSIONES FEBRILES | | <input checked="" type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G409 | EPI FPSTA, TIPO NO ESPECIFICADO | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R509 | FIEBRE, NO ESPECIFICADA | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| R961 | MUERTE QUE OCURRE EN MENOS DE 24 HORAS DEL INICIO DE LOS SINTOMAS, NO EXPLICADA DE OTRA FORMA | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B0191 | VARICELA | | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | |
|--|---|
| | <p>MOTIVO DE CONSULTA y ENFERMEDAD ACTUAL</p> <p>PACIENTE QUE ASISTE EN COMPAÑIA DE: JHON FREDY GARCIA: PADRE, YAQUELINE HURTADO MORENO: MADRE, CON CUADRO CLINICO DE APROX 5 MINUTOS DE EVOLUCION DE MOVIMIENTOS TONICO CLONICOS, CON SECRECION ABUNDANTE DE "SALIVA", CON PRESENCIA DE LESIONES EN ABDOMEN DE CONTENIDO LIQUIDO CLARO, PRURIGINOSAS, FIEBRE DE 40°C, 1 EPISODIO EMETICO EN HORAS DE LA TARDE, NIEGA CONSUMO DE SUSTANCIAS, NIEGA CONSUMIR ALGO FUERA DE LO HABITUAL "ONCES EN EL JARDIN", PACIENTE QUE INGRESA EN BRAZOS DE PADRE, EN COMPAÑIA DE MADRE GESTANTE, REFIRIENDO QUE VENIAN EN CAMINO PARA SER ATENDIDO POR EL SERVICIO DE URGENCIAS POR FIEBRE, REFIEREN HABERLE DADO ACETAMINOFEN 6CC A LAS 18+30, ADEMAS DE ACIDO VALPROICO 2CC A LAS 14+00, PADRE REFIERE QUE HACE 15 DIAS FUE LLEVADO A SALUDCOOP DE LA AV 68 CON 13 POR FIEBRE Y SINTOMAS GRIPALES, DONDE LE DIERON FORMULA DE SALBUTAMO., LORATADINA, SUERO ORAL Y ACETAMINOFEN LO CUAL LE COMPRO, SINTOMAS QUE RESOLVIERON PERO LA FIEBRE REAPARECE EL DIA DE HOY. PACIENTE INGRESA A LAS 21+20 EN MALAS CONDICIONES GENERALES, CONVULSIONANDO, CON INADECUADO PATRON RESPIRATORIO, TAQUICARDICO, CON ADECUADA SATURACION DE OXIGENO CON SECRECIONES ORALES CLARAS, MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES RIGIDOS, CON BOCA RIGIDA. SV DEL INGRESO: TA: 140/50, FC: 187/PM, T°37.8°C, SATO2: 84% CON FIO2 AL 21%, GLUCOMETRIA: 111, ES ASISTIDO POR JEFE DE TURNO NIÑIA, AUXILIAR LEIDY MEDRANO, DR. TRIBIÑO Y DRA. PARDO: MEDICINA GENERAL, INICIAMOS MONITORIO. SE TOMA ACCESO VENOSO DE MSD, POSTERIOR A INTENTAR EN MSD LA CUAL NO FUE FACIL, SE TOMAN MUESTRAS DE SANGRE, PACIENTE CON OXIGENO POR CANULA NASAL EN COMPAÑIA DE TERAPIA RESPIRATORIA: MIFENA VII I A RA, SE REALIZA SUCCION DE SECRECIONES ABUNDANTES CLARAS, POSTERIOR CON CONTENIDO DE SANGRE, QUIEN PERSISTE CON LOCALIZACION, RIGIDEZ DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, SE INICIA MANEJO FARMACOLOGICO IV MIDAZOLAN: 1.5MG IV, LEV SSN 0.9% BOLO 350CC, DIFENIDRAMINA 200MG IV, PACIENTE CON RELAJACION DE ESPINAJERES, PACIENTE QUE SIENDO LAS 21+35 PERSISTE CON CONVULSIONES, FIEBRE DE 39°C, QUIEN PRESENTA DETERIORO DE PATRON RESPIRATORIO: TAQUIPNEICO, POLIPNEICO, CIANOSIS PERIBUCAL, SE ADMINISTRAN NUEVAMENTE 1MG IV DE MIDAZOLAN, PERSISTE CON CONVULSIONES DE ADICIONA 0.5MG, POSTERIOR A PERSISTENCIA DE CONVULSIONES A LOS 5 MINUTOS NUEVAMENTE SE ADMINISTRAN 3MG, PACIENTE PERSISTE CON CONVULSIONES, SE PREPARA FENOARBETAL A DOSIS DE:100MG (10MG/KG), SE HACE LLAMADO DE APOYO A UCI NEONATAL ASISTE PEDIATRA DE TURNO, SE INICIA VENTILACION CON EMBUDO, PACIENTE CON DETERIORO RESPIRATORIO, PERSISTIA CONVULSIONANDO, SE INICIA IMPREGNACION DE FENITOINA: 260 EN 150 DE LACTATO DE RINGER EN 30 MINUTOS, PACIENTE CON DETERIORO CLINICO SIENDO LAS 22+10 SE HACE LLAMADO A ANESTESIOLOGA DE TURNO, SE INICIA INTUBACION OROTRAQUEAL. PREVIA RELAJACION Y PREPARACION POR ORDEN DE PEDIATRA: CON KETIAPINA: 13MG, MIDAZOLAN 1.5MG, BECURONIO: 1.3MG, PACIENTE EN PARO RESPIRATORIO, CON PRESENCIA DE PULSO DEBIL, DESATURADO: SATO2 70%, CON DISTENSION ABDOMINAL MARCADA, SE PASA SONDA NASOGASTRICA DE CONTENIDO GASEOSO, EN PRESENCIA DE CIRUJANO PEDIATRICO DE TURNO SE TOMA RX DE TORAX PORTATIL: DR GONZALEZ REFIERE RX SIN NEUMO NI HEMOTORAX QUE SUGIERAN DETERIORO RESPIRATORIO, SE INICIA NUEVA INTUBACION OROTRAQUEAL CON TUBOS DE DIFERENTES CALIBRES POR DIFICIL PASO POR HIPERTROFIA DE EPIGLOTIS, ABUNDANTES SECRECIONES, QUIEN CONTINUA CON DETERIORO RESPIRATORIO, BRADICARDICO, DESATURADO, MANEJO FARMACOLOGICO PARA ESTABILIZACION DE SIGNOS VITALES CON ADRENALINA: 1.5MG, A LOS 3 MINUTOS 1.5MG, CON POSTERIOR GOTEIO MANEJADO POR ANESTESIOLOGA DE TURNO, ATROPINA: 0.3MG A LOS 3 MINUTOS NUEVAMENTE 0.3MG. SE INICIA MASAJE CARDIACO CON MANIOBRAS DE REANIMACION CARDIOPULMONAR SIENDO LAS 10+45 EL CUAL SE PROLONGA HASTA SIENDO LAS 11+45 SIN RESPUESTA HEMODINAMICA, PACIENTE FALLECE. SE REINTERROGA PADRE DEL MENOR, QUIEN REFIERE: ANTECEDNETES PAT: CONVULSIONES FEBRILES DESDE LOS 6 MESES DE EDAD, MANEJO CON ACIDO VALPROICO, ULTIMA VALORACION POR NEUROLOGO PEDIATRA HACE 1 AÑO, NO CONTROLES CON PEDIATRIA DESDE ENTONCES, ULTIMO CONTROL DE CYD HACE 2 MESES REFIERE VACINAS COMPLETAS PARA LA EDAD, REFIERE 3 EPISODIOS CONVULSIVOS PREVOS ULTIMO HACE 2 AÑOS, EN LOS CUALES HA ESTADO EN 3 OCASIONES CON ENTUBACION OROTRAQUEAL Y EN UCI, ADEMAS REFIERE DEFICIT EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR, QUIRURGICOS: DILATAACION DE LA LARINGE POST INTUBACION EN 3 OCACIONES, ALERGICOS: NIEGA. FAMILIAR NIEGA OTROS ANTECEDNETES U OTROS SINTOMAS.</p> <p>Posterior al fallecimiento del menor le tomaron una radiografía de costo diafragmáticos en la que se determinó:</p> <p>871121 Fecha Resultado: 22/10/2014 08:40:00 a.m.</p> <p>Descripción: Previa verificación de Correctos y entrega de derechos y deberes se procede a la toma de radiografía de Tórax:Proyección única.Engrosamiento del intersticio peribroncovascular de predominio derecho.Los ángulos costodiafragmáticos están libres.La silueta cardiocénica es de aspecto normal.Tubo orotraqueal a la altura de la carina.Óseo sin alteraciones.Cordialmente,DR. ORLANDO GONZALEZ MÉDICO RADIOLOGO,PR.</p> <p>Fecha Interpretación: 22/10/2014 10:38:18 a.m.</p> |
|--|---|

En este punto resulta necesario aclarar que si bien se encontraron diversas atenciones en salud, al efecto se debe tener en cuenta que en el plenario se discute la responsabilidad médica derivada de las atenciones prestadas por el Hospital del Sur E.S.E. y de la Clínica de Occidente, relacionadas con el fallecimiento del menor D.A.G.H.

Respecto al Hospital del Sur E.S.E., se puede establecer que las atenciones prestadas a D.A.G.H, se dieron en el CAMI de Patio Bonito, dependiente de la entonces Empresa Social del Estado, sin embargo estas actuaciones no se logran asociar con lo ocurrido el 21 de octubre de 2014, es decir, el día que falleció el menor.

Si bien se alegó que dichas actuaciones, especialmente de la atención recibida el 20 de octubre de 2012, fecha en la que se aseguró el traslado del menor se produjo en una ambulancia que no era la adecuada, dicha situación carece de nexos con los hechos del 21 de octubre de 2014, y debió ser demandada oportunamente si se consideraba como un yerro médico, máxime cuando el señor Garcias Acevedo aseguró que ese mismo día tuvo conocimiento de la presunta lesión causada a su hijo por haber sido trasladado sin las condiciones médicas necesarias, asegurando además que no demandó tal situación.

Así las cosas, se debe establecer que si bien existió una prestación médica por parte del Hospital del Sur E.S.E. a través del CAMI Patio Bonito, lo cierto es que no se demostró el nexo con los hechos que dos años más tarde ocurrieron en la Clínica de Occidente.

Por otra parte, se encontró que la actuación de la Clínica de Occidente, conforme a lo narrado por los testigos técnicos Alexi Bracho y Henry Bonilla, y del contenido de la historia clínica, es adecuada a la *lex artis* para la urgencia médica que presentaba el menor D.A.G.H.

Se debe indicar que de acuerdo a las historias clínicas aportadas se tiene que D.A.G.H, fue un menor que nació el 28 de enero de 2011, en el Hospital de Fontibón E.S.E, sin ninguna complicación, no obstante, 4 días más tarde, el 1 de febrero de 2011 presentó cianosis, por lo cual sus padres acudieron al Hospital Centro Oriente y de ahí fue trasladado al Hospital de La Victoria E.S.E., al presentar hipoglucemia neonatal, apneas y requerir oxígeno.

Posteriormente el 22 de julio de 2011, el menor presentó convulsiones y problemas respiratorios, de los que se concluyó eran un estado febril convulsivo y una bronquiolitis, siendo atendido por la Clínica de Occidente y la Clínica Juan N Corpas.

El 20 de octubre de 2012, D.A.G.H presentó convulsiones, siendo atendido de urgencias en el CAMI Patio Bonito, siendo trasladado al Hospital Occidente de Kennedy E.S.E. en donde determinaron diagnósticos de falla respiratoria, estatus febril, microcefalia, creaniosinostosis y retraso del desarrollo psicomotor.

A partir de ese momento el menor requirió intubación para dar soporte ventilatorio, en más de una ocasión y fue tratado por más de tres meses por la Fundación Hospital de la Misericordia, en donde trataron las lesiones que tenía en su salud, la laringitis onbstructiva que tenía el menor y la estenosis que presentaba.

Finalmente, el 21 de octubre de 2014 a las 21:20 pm D.A.G.H ingresó a la Clínica de Occidente en compañía de sus padres, en malas condiciones generales presentaba convulsiones tónico clónicas con abundante secreción de saliva, lesiones en el abdomen con contenido líquido, taquicardia, inadecuado patrón respiratorio, ante las condiciones de gravedad que presentaba el menor, ingresó a reanimación en donde le aplican medicamentos como fenitoina y midazolam para que se controlara el estado convulsivo, sin respuesta alguna, se aplicó adrenalina y demás medicación para obtener respuesta del paciente y realizan la intubación para mejorar la ventilación del paciente, sin embargo y tal como lo reportó el testigo Bonilla, esta era una medicación general que no le iba a causar ninguna complicación, por el contrario buscaba estabilizar de algún modo al paciente.

Coincide con lo reportado, en las historias clínicas de prestaciones anteriores, en las que se destaca la misma aplicación de la mentada medicación para reanimar al menor y realizar las nebulizaciones requeridas, sin ningún tipo de contraindicación.

Afirmaron los testigos que las patologías ya presentadas por el menor, dificultaban ampliamente su atención y condición médica, maxime cuando ya ingresó en tan malas circunstancias, esperando obtener una respuesta con la medicación dada que finalmente no se presentó falleciendo el paciente.

Debe indicarse, que la carga probatoria de demostrar la falla médica es de la parte demandante, contrario a lo indicado por la apoderada en sus alegaciones, la parte demandada no es la encargada de demostrar la adecuada prestación del servicio, sino que le corresponde a quien alega la falla probarla.

No obra en el expediente prueba alguna que indique que el servicio médico prestado por la Clínica de Occidente fue inadecuado, por el contrario la historia clínica y la

narración de los testigos dan cuenta que la atención fue oportuna, adecuada y de calidad, que la intubación fue exitosa, según la radiografía practicada al paciente y que pese a ello y a la medicación dada el menor no respondió al tratamiento.

De esta manera, se tiene que la parte demandante si bien probó la ocurrencia del daño, no se encargó en demostrar de ninguna manera que este fuera imputable jurídicamente a las entidades demandadas, ya que por el contrario en el expediente obran las historias clínicas y los testimonios de los médicos Alexi Bracho y Henry Bonilla, que dan cuenta de que los procedimientos practicados estuvieron acorde a los parámetros médicos tanto en el diagnóstico, como en el tratamiento dado a D.A.G.H, dando como resultado la ausencia de responsabilidad en los hechos demandados.

5. COSTAS

En el caso bajo estudio el despacho 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, por los motivos expuestos en esta providencia.

SEGUNDO: Sin condena en costas.

TERCERO: La presente sentencia se notifica de conformidad con lo establecido en el artículo 203 de la Ley 1437 de 2011.

CUARTO: Ejecutoriada la presente providencia, liquídense por Secretaría los gastos ordinarios del proceso, y en caso de remanentes devuélvanse al interesado.

QUINTO: Una vez cumplido lo anterior, por secretaría **ARCHIVAR** el expediente.

NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE,

**EDITH ALARCÓN BERNAL
JUEZA**

CAM

Firmado Por:

Edith Alarcon Bernal
Juez Circuito
Juzgado Administrativo
61
Bogotá, D.C. - Bogotá D.C.,

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

Código de verificación: **cc467de5affb0d78ec7f5a965608752fb2e0433f3cccc70bee1e85fdb5e48a38**
Documento generado en 31/01/2022 01:28:14 PM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>