



**TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DE CAQUETÁ  
-SALA CUARTA-**

**Magistrada Ponente: YANNETH REYES VILLAMIZAR**

---

Florencia, seis (06) de marzo de dos mil veinticuatro (2024)

**Medio de control:** Reparación directa  
**Radicación:** 18001-33-33-001-2017-00617-01  
**Demandante:** Luz Angélica Quiñones y otros  
**Demandado:** E.S.E. Hospital María Inmaculada y otros  
**Tipo de Expediente:** Físico - OneDrive

**Tema:** Responsabilidad médica/ Falla probada del servicio/ Muerte de menor de 3 años/ Ausencia de responsabilidad – el daño no es imputable a las entidades.

Acta No. 18 de la fecha.

**SENTENCIA SEGUNDA INSTANCIA – LEY 1437 DE 2011**

---

Se encuentra a consideración el recurso de apelación presentado por la apoderada de los demandantes en contra de la sentencia del 15 de diciembre de 2022, proferida por el Juzgado Quinto Administrativo de Florencia, Caquetá, en el proceso seguido en contra de la E.S.E. Hospital María Inmaculada de Florencia, la Clínica Medilaser S.A. y Asmet Salud EPS.

**ANTECEDENTES**

**I. LA DEMANDA<sup>1</sup>**

Luz Angélica Quiñones, Jhoan Sebastián Quiñones, Diana Sofía Toledo Quiñones, Nelson Toledo Tovarm Blanca Elvia Quiñones Agredo, Kerly Johanna Quiñones, María Irene Quiñones, Hermilda Quiñones y Jorge Eliécer Quiñones promovieron el medio de control de reparación directa, con el fin de que se declarara la responsabilidad patrimonial de la E.S.E. Hospital María Inmaculada, la Clínica Medilaser y Asmet Salud EPS por la muerte de la menor Sofía Lorena Quintero Quiñones, ocurrida el 6 de junio de 2016, como consecuencia de una presunta falla en la prestación del servicio de salud.

Como consecuencia de lo anterior, solicitaron que se condenara a las entidades demandadas a pagar a favor de la parte demandante los perjuicios morales, por daño

---

<sup>1</sup> Folio 283 al 334 del 01CuadernoPrincipal1.pdf.

a la salud y por afectación a bienes y derechos constitucional y convencionalmente protegidos; sumas que deberían ser reajustadas conforme a lo establecido en los artículos 192 y ss del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo<sup>2</sup>, debiendo ser condenadas a las entidades demandadas al pago de las costas procesales.

Los **hechos** en los que se funda la demanda son los siguientes:

1. El 31 de mayo de 2016 a las 3:14pm, la menor Sofía Lorena Quintero Quiñones fue ingresada al Hospital María Inmaculada de Florencia, oportunidad en la cual, fue atendida por el médico general Camilo Andrés Herrera Jaramillo, quien consignó en la historia clínica que la paciente tenía un diagnóstico de faringoamigdalitis bacteriana que podía ser tratado de forma ambulatoria, pese a registrarse cómo síntomas: dolor abdominal en costados y malestar general con hiporexia.
2. La consulta del médico general solo duró 4 minutos, hasta las 3:18 pm, por eso según la parte actora, no se efectuó un examen físico de la menor, ni se ordenó la práctica de exámenes, ayudas diagnósticas o la hidratación de la niña, que estaba inapetente.
3. Ante la persistencia de los síntomas y la desmejora en la salud de la menor, a las 11:34 pm del 3 de junio de 2016, Sofía Lorena volvió a ser ingresada al Hospital María Inmaculada, siendo atendida nuevamente por el doctor Herrera Jaramillo, quien insistió en su diagnóstico inicial, consignando en la historia clínica que el tórax y abdomen de la paciente estaban en condiciones normales y, remitiéndola a continuar sus cuidados en casa, con la prescripción de dexametasona, dipirona sódica, y metoclopramida intramural y, amoxicilina, naproxeno, acetaminofén y clorfeniramina para consumir en casa.
4. A las 11:43 pm, esto es, nueve minutos después del ingreso de la menor, se le dio orden de salida, omitiéndose nuevamente en la práctica de algún examen de laboratorio o ayuda diagnóstica.
5. Ante la marcada desmejora de la menor, su madre decidió llevarla esta vez a la Clínica Corpomédica -a las 8:30 de la mañana del 5 de junio de 2016-, por considerar que en el Hospital María Inmaculada no le dieron a la menor la atención que requería, encontrándose con la sorpresa de ser atendidas nuevamente, por el doctor Camilo Andrés Herrera Jaramillo, situación que, al ser advertida por la madre de la paciente, hizo que ella solicitara un cambio de galeno.
6. Se asignó entonces la paciente al doctor Cristian Alfonso Aldana Castro, quien atiende a la niña ese mismo día a las 9:00 am y, al examen físico, advierte *“abdomen: distendido, dolor difuso a la palpación, superficial y profunda, no*

---

<sup>2</sup> En adelante CPACA

*masas, no signos de irritación peritoneal*”, por lo cual ordena la práctica de ayudas diagnósticas, exámenes de laboratorio, interconsulta con medicina especializada y, hospitalización.

7. Luego de observarse los resultados de los exámenes de laboratorio y ayudas diagnósticas, se plasma en la historia clínica, a las 5:50 pm de ese mismo día, el siguiente diagnóstico: “1. Masa Hepática a Estudio, 2. Síndrome Emético a Estudio, 3. Desnutrición, 4. Deshidratación en resolución”. Por tal razón, se ordena la remisión de la menor a un nivel III.
8. A las 8:30 pm de ese 5 de junio de 2016, se consignó en la historia clínica por parte del doctor Javier Rotta Galindo, lo que sigue: “se recibe llamado de enfermería, se revalora paciente quien presenta desaturación de 93% al ambiente, paciente en regulares condiciones generales, se ordena iniciar oxígeno suplementario por cánula nasal a 2lts/min (...)”, sin embargo, se dejó constancia que se estaba espera que la EPS diera respuesta a la remisión ordenada.
9. A las 10:16 se dejó constancia de que la paciente fue remitida a la Clínica Medilaser, a la cual ingresó a las 10:45 pm, con clasificación de triage nro. 2, en mal estado general y séptica.
10. A las 12:33 am la infante fue valorada por el médico pediatra Sandino Grisales, quien ordenó interconsulta con medicina especializada en cirugía y, recomendó su remisión a UCI Pediátrica, pese a lo cual, solo hasta las 8:46 am fue revisada por el médico especialista, quien confirmó la necesidad de remitir a la paciente a una Clínica de nivel superior.
11. La necesidad de remisión de la menor a una UCI Pediátrica, fue confirmada por la doctora Yamileysi Hidalgo en consultas de las 9:54 am y, 1:45pm; no obstante, la orden solo se expidió hasta las 2:00pm, momento para el cual la EPS Asmet Salud gestionó una ambulancia medicalizada para llevar a la menor a la Clínica La Estancia de Popayán, lo que se concretó ese mismo 6 de junio de 2016 a las 21:04, falleciendo la paciente ese mismo día a las 23:54.

## II. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

**2.1 La ESE Hospital María Inmaculada<sup>3</sup>** manifestó su oposición a la prosperidad de las pretensiones de la demanda y afirmó haber actuado dentro de los parámetros legales y constitucionales, actuando conforme la *lex artis*.

Aseguró que no existió la falla en el servicio alegada por los demandantes, pues cuando la menor fue atendida el 31 de mayo y, el 3 de junio de 2016, no presentaba el cuadro clínico evidenciado el 5 de junio de ese mismo año.

---

<sup>3</sup> Folios 183-191 del 02CuadernoPrincipal2.pdf

Finalmente, propuso excepciones de mérito y solicitó llamar en garantía a la Compañía de Seguros Allianz S.A.<sup>4</sup>, llamamiento admitido por medio de auto del 8 de octubre de 2018<sup>5</sup>.

**2.2 Asmet Salud**<sup>6</sup> se opuso a la prosperidad de las pretensiones, por considerar que no tuvo incidencia ni responsabilidad alguna frente a la muerte de la menor; al respecto, aseguró haber llevado a cabo todas las gestiones de referencia y contra referencia para la remisión de la menor, pormenorizando cada una de ellas en el cuerpo de la contestación.

De igual manera, sostuvo que se procedió de forma expedita a responder los requerimientos de autorizaciones médicas, no teniendo relación alguna con la eventual negligencia en que incurrieran los centros médicos en los cuales la paciente fue atendida.

Propuso excepciones de mérito, aportó y solicitó la práctica de pruebas.

Solicitó llamar en garantía<sup>7</sup> a la E.S.E. Hospital María Inmaculada y la Clínica Medilaser, a lo cual accedió el despacho mediante en auto 16 de agosto de 2018<sup>8</sup>; por tal virtud, el apoderado de la Clínica Medilaser<sup>9</sup> contestó el llamamiento proponiendo como excepciones las de “inoperancia de la cláusula de indemnidad”, e “imposibilidad de vincular a la Clínica Medilaser S.A. por haberse prestado un servicio de urgencias a la demandante”.

**2.3 Clínica Medilaser**<sup>10</sup> se opuso a la prosperidad de las pretensiones de la demanda, argumentando haber prestado servicios eficientes y adecuados a la menor. Refirió el apoderado de la Clínica que, por parte de dicha Institución, no se configuró falla médica alguna, lo cual fue soportado con dictamen pericial aportado con la contestación<sup>11</sup>.

Solicitó vincular como llamada en garantía a la Compañía Aseguradora Allianz Seguros S.A., a lo cual accedió el despacho mediante auto del 8 de octubre de 2018<sup>12</sup>.

### III. DEL LLAMADO EN GARANTÍA

La **Compañía de Seguros Allianz S.A.**<sup>13</sup> se opuso a las pretensiones de la demanda y, aseguró que ni la Clínica Medilaser, ni el Hospital María Inmaculada incurrieron en falla médica alguna, que incidiera en el daño por el cual se reclama.

Propuso excepciones de mérito en relación con la demanda y, las siguientes, en relación con los llamamientos efectuados por la Clínica Medilaser y el Hospital María Inmaculada: “no existe obligación indemnizatoria a cargo de Allianz Seguros S.A., toda

---

<sup>4</sup> Folio 191 del 02CuadernoPrincipal2.pdf y Folios 55-56 del 05CuadernoLlamamientoGarantia3HmiVsAllianz.pdf

<sup>5</sup> Folios 101-102 del 05CuadernoLlamamientoGarantia3HmiVsAllianz.pdf

<sup>6</sup> Folios 187-333 del 03CuadernoPrincipal3.pdf

<sup>7</sup> Folios 109-120 del 06CuadernoLlamamientoGarantia2AsmetVsMedilaser.pdf

<sup>8</sup> Folios 132-150 del 06CuadernoLlamamientoGarantia2AsmetVsMedilaser.pdf

<sup>9</sup> Folios 122-123 del 06CuadernoLlamamientoGarantia2AsmetVsMedilaser.pdf

<sup>10</sup> Folios 43-70 del 04CuadernoPrincipal4.pdf

<sup>11</sup> Folios 1-42 del 04CuadernoPrincipal4.pdf

<sup>12</sup> Folios 90-91 del 06CuadernoLlamamientoGarantia2AsmetVsMedilaser.pdf

<sup>13</sup> Folios 209-265 del 05CuadernoLlamamientoGarantia3HmiVsAllianz.pdf

vez que no se ha realizado el riesgo asegurado”, “carácter meramente indemnizatorio que reviste los contratos de seguro”, “exclusiones del contrato de seguro”, “límite del valor asegurado y aplicación del deducible pactado” y, “genérica”.

#### IV. SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA<sup>14</sup>

Mediante sentencia del 15 de diciembre de 2022, el Juzgado Quinto Administrativo de Florencia, Caquetá resolvió negar las pretensiones de la demanda y declarar probada la excepción de falta de legitimación en la causa por activa respecto de Jorge Eliécer Quiñones, Hermilda Quiñones y María Irene Quiñones.

En relación con la falta de legitimación en la causa por activa, refirió la jueza de primera Instancia que: *“(…) si bien se acreditó el parentesco, no existe un medio de convicción que dé cuenta, verdaderamente, que padecieron un sufrimiento derivado de la muerte de la menor Sofía Lorena Quintero Quiñones, pues para los sobrinos, primos y tíos no se aplica la presunción del dolor y, como consecuencia de ello, debe acreditarse el grado de aflicción que provocó el hecho dañoso, postura que está soportada en los criterios fijados por la jurisprudencia del Consejo de Estado (…)”*.

Posteriormente, dispuso negar las pretensiones de la demanda por considerar que:

*“(…) Nada indica entonces, que la intervención médica proporcionada en el Hospital María Inmaculada E.S.E haya sido producto de una inadecuada o negligente práctica médica; no existió un error de juicio inexcusable por parte de las entidades demandadas, tampoco se demostró que las actuaciones médicas no estuvieran ajustadas a los protocolos médicos de atención de urgencias, ni que la conducta clínica a seguir conforme a la sintomatología presentada y documentada en la historia clínica, tuviera que ser diferente, lo que pudiera llevar a pensar en la necesidad de una conducta médica distinta.*

*En suma, considera el despacho, no hay certeza ni claridad respecto del nexo de causalidad entre el daño y el actuar de la demandada, indispensable para decretar una responsabilidad en la prestación del servicio médico asistencial que deba ser indemnizada, por lo que no se imputará responsabilidad alguna al Hospital María Inmaculada E.S.E.*

*En relación con la atención médica brindada en la Clínica Medilaser S.A. de Florencia, los días 05 de junio y 06 de junio de 2016, (…) no se probó que la causa determinante, directa, manifiesta e inmediata del daño que alega, sea la actuación endilgada a la entidad, pues se requería probar que fue la falta de impericia, falta de diligencia y la ausencia de la oportuna atención a la menor Sofía Lorena Quintero Quiñones, la que derivó en la muerte.*

*Tampoco se demostró que las actuaciones médicas no estuvieran ajustadas a los protocolos médicos de atención de urgencias y de remisión a otro nivel, ni que la conducta clínica a seguir conforme a la sintomatología presentada y documentada en la historia clínica en cada atención, tuviera que ser diferente lo que pudiera llevar a pensar en la necesidad de una conducta médica distinta.*

---

<sup>14</sup> Archivo 101SentenciaPrimeraInstancia.pdf

*De manera que, la entidad demandada utilizó todos los recursos humanos, técnicos y científicos para identificar y tratar la patología, de acuerdo con los signos clínicos y evolución de la enfermedad. En este sentido, el Despacho considera que no se demostró la responsabilidad de la entidad demandada en la causación del daño sufrido por los demandantes, pues no se estableció un nexo causal entre la falla que se atribuyó a las demandadas y el daño alegado.*

*En ese sentido y como quiera que la parte actora incumplió con la carga probatoria que le correspondía, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 167 del Código General del Proceso, según el cual “Incumbe a las partes probar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que ellas persiguen”, no se reconocerá indemnización por este concepto.*

*(...) debe precisarse que la IPS – Clínica Medilaser S.A. sede Florencia, ante la sintomatología que le permitió prever la necesidad de un nivel más alto de complejidad – 3er nivel, estaba en la obligación de ordenar y tramitar la remisión de la paciente a una institución que le brindara este nivel de atención, y así lo hizo, como ya se refirió, en donde se observa que desde las 12:43 a.m. del 06 de junio de 2016, la misma I.P.S. adelanta el trámite de remisión y solicita a la vez a la entidad promotora de salud la asignación de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica a la que debería trasladarse a la paciente.*

*También obran los correos electrónicos de las 08:50:08 a.m., 09:54 a.m. y 10:03 a.m. remitidos por la E.P.S. a distintas instituciones médicas que contarán con los servicios especializados requeridos, solicitando la aceptación de la paciente, y la respuesta a las 10:09 a.m., por la Fundación Hospital Pediátrico La Misericordia (HOMI) de Bogotá, dirigida a Asmet Salud E.P.S., donde indican: “en el momento no contamos con disponibilidad de camas en el servicio”. Igualmente, obra constancia de correo electrónico del 06 de junio de 2016 a las 11:57 a.m., de Asmet Salud E.P.S. a la Clínica Medilaser S.A., donde se remite la autorización para el servicio de traslado en ambulancia medicalizada de la menor Sofía Lorena Quintero Quiñones. La paciente finalmente ingresó a la Clínica La Estancia de la ciudad de Popayán a las 09:00 p.m. del día 06 de junio de 2016. De ello se infiere frente a dicho trámite, las gestiones realizadas por la E.P.S. Asmet Salud y por la Clínica Medilaser S.A., sin que se hubiere acreditado una vulneración por parte de la E.P.S. del deber jurídico de garantizar una red adecuada a los niveles de complejidad, ni que ésta hubiese negado las autorizaciones de las órdenes de servicios médicos generadas por los médicos tratantes, o incurrido en actos u omisiones como entidad promotora de salud, determinantes en la causación del daño alegado.”*

Finalmente, resolvió no condenar en costas a la parte actora.

## **V. RECURSO DE APELACIÓN<sup>15</sup>**

Inconforme con la decisión adoptada, el apoderado de la parte demandante interpuso recurso apelación. Discrepa totalmente de la decisión de primera instancia y consideró que ésta desconoció las pruebas obrantes en el expediente, que daban cuenta de la falla médica alegada en la demanda.

---

<sup>15</sup> Archivo 28RecursoActora

Puntualmente, indicó que: 1. Se efectuó un incorrecto análisis de las pruebas obrantes en el proceso, en especial del historial clínico, el dictamen pericial y los testimonios técnicos practicados. 2. Se reconstruyó una situación fáctica contraria a la realidad de los hechos, propiciada por el incorrecto análisis probatorio. 3. Se aplicó incorrectamente la jurisprudencia citada en la sentencia y, 4. No debió declararse la falta de legitimación en la causa por activa de los tíos de la menor.

## CONSIDERACIONES DE LA SALA

### 1. COMPETENCIA

Esta Sala es competente para resolver el recurso de apelación presentado contra la sentencia de proferida en primera instancia por los jueces administrativos, de conformidad con el artículo 153 del CPACA.

### 2. PROBLEMA JURÍDICO

Comoquiera que se negaron las pretensiones de la demanda, esta Sala deberá analizar si ¿les asiste responsabilidad a las entidades demandadas por la muerte de la menor y si existe legitimación por activa, existiendo prueba de parentesco, aun cuando no se demuestren las condiciones para dar por cierto el dolor ocasionado por el daño alegado?

### 3. REGIMEN DE RESPONSABILIDAD APLICABLE – FALLA PROBADA DEL SERVICIO

El Consejo de Estado en sentencia del 07 de diciembre de 2021, radicado interno (50954), con ponencia del magistrado Guillermo Sánchez Luque, reiteró que en los casos de responsabilidad del Estado por falla en la prestación del servicio médico, el título de imputación aplicable es del de falla probada del servicio, la cual le impone el deber a la parte demandante de probar los elementos de la responsabilidad, y la entidad estatal puede exonerar su responsabilidad si acredita la diligencia y cuidado, o que el daño sobrevino como consecuencia de una causa externa.

El tenor literal es el siguiente:

*“La Sala reitera que la falla probada del servicio es el título de imputación aplicable a la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico asistencial. (...) [L]a jurisprudencia retomó la regla probatoria del artículo 177 CPC, según el cual incumbe a las partes demostrar el supuesto de hecho de las normas que consagran el efecto jurídico que persiguen. El demandante debe, pues, demostrar el daño, la falla por una omisión o una acción negligente o irregular de la entidad estatal y el nexo de causalidad, es decir, que la falla médica fue la causa eficiente del daño sufrido. A pesar de que la carga probatoria es del demandante, la entidad estatal puede exonerar su responsabilidad si acredita la diligencia y cuidado, o que el daño sobrevino como consecuencia de una causa externa, como la culpa de la víctima o el hecho de un tercero, o que fue el desenlace natural de la patología del paciente. Para acreditar la falla y el nexo causal, el demandante puede acudir a todos los medios de prueba, pero en materia médica cobra especial importancia el dictamen pericial y los*

*indicios, los que, a su vez, pueden establecerse a partir de conductas procesales de las partes, como no aportar la historia clínica o hacerlo de forma incompleta, en los términos del artículo 249 CPC. No obstante, la existencia de indicios no es suficiente por sí misma para estructurar los elementos de la responsabilidad. Es necesario que estos sean coherentes con el resto del acervo probatorio, luego de una valoración bajo los criterios de la sana crítica y las reglas de la experiencia.”*

#### 4. SOLUCIÓN AL PROBLEMA JURIDICO

- **De la responsabilidad de las demandadas respecto de la muerte de Sofía Lorena Quintero Quiñones.**

Sea lo primero indicar que, para la parte actora, el **daño** consiste en la muerte de la menor Sofía Lorena Quintero Quiñones, ocurrida el 6 de junio de 2016<sup>16</sup>, hecho que se encuentra plenamente probado en el expediente y que, no fue objeto de contradicción por las partes.

Establecido lo anterior, encuentra esta Corporación que los argumentos expuestos en el recurso de alzada, se circunscriben a la responsabilidad de las demandadas en la muerte de la menor, en el entendido que, según se afirmó, desde el 31 de mayo de 2016, esto es, 6 días antes de su deceso, ésta había sido atendida de manera precaria en el Hospital María Inmaculada, Institución en la cual no se diagnosticó de manera oportuna el padecimiento que, más tarde, llevaría al fallecimiento de Sofía Lorena.

Así mismo, se indicó en el recurso que, la Clínica Medilaser incurrió en una mora injustificada en el proceso de remisión de la paciente y, existió mala calidad en los procedimientos efectuados, así como falta de colaboración en la administración del sistema de referencia y contra referencia.

En relación con Asmet Salud EPS, se sostuvo que dicha Entidad no cumplió con la responsabilidad administrativa de contratar una red completa de servicios médicos competentes y ejercer sobre ellos el control y vigilancia respectivos.

Pues bien, para determinar si existe o no responsabilidad atribuible a las demandadas, es necesario remitirse a las pruebas allegadas al expediente así:

1. El 31 de mayo de 2016 a las 03:14:01 pm<sup>17</sup>, la menor Sofía Lorena Quintero Quiñones fue atendida en la E.S.E. Hospital María Inmaculada de Florencia, por referirse como enfermedad actual **“PACIENTE DE 3 AÑOS DE EDAD, CUADRO DE 1 DÍAS DE EVOLUCIÓN, FIEBRE NO CUANTIFICADA, MANEJADA CON ACETAMINOFÉN EN CASA CON REMISIÓN TEMPORAL, DOLOR ABDOMINAL EN COSTADOS, CEFALEA GLOBAL, DE EMESSI EN 3 OCASIONES, MALESTAR GENERAL CON HIPOREXIA”**.
2. Pese a lo anterior, en efecto, como lo afirmó la parte demandante, tan solo cuatro minutos más tarde, esto es, a las 03:18:21 p.m. se le dio egreso de dicho centro

---

<sup>16</sup> Folio 48 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

<sup>17</sup> Fls. 139-146 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

médico y, en las condiciones del paciente a la finalización, se plasmó lo que sigue:

DATOS BASICOS	
Fecha Ingreso: 31/05/2016 03:14:01 p.m.	Fecha Egreso: 31/05/2016 03:18:21 p.m.
Servicio Ingreso: OBSERVACION URGENCIAS	Servicio Egreso: OBSERVACION URGENCIAS
Causa del Ingreso: Enfermedad general pediatría	Tipo Documento: RC Numero: 1029566492
Apellidos: QUIINTERO QUIÑONES	Edad: 02 Años 10 Meses 00 Días (31/07/2013)
Nombres: SOFIA LORENA	Sexo: FEMENINO
Dirección: B. TRONCAL DEL HACHA - OTROS - FLORENCIA	Tipo Paciente: SUBSIDIADO
Teléfono: - 3108501328	Tipo Afiliado: NO APLICA
Entidad Responsable: ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD	Estado Civil: SOLTERA
Profesión: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION	Grupo Etnico: NINGUNO DE LOS ANTERIORES
Fecha Nacimiento: 31/07/2013 12:00:00 a.m.	Seguridad Social: ASOCIACION MUTUAL LA ESPERANZA ASMET SALUD
DIAGNOSTICO DEFINITIVO	
Código CIE10 J029	
Diagnostico FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	
CONDICIONES DEL PACIENTE A LA FINALIZACION	
31/05/2016 03:18:42 p.m.	NÁLISIS PACIENTE DE 3 AÑOS EDAD CON CUADRO RESPIRATORIO AL EXAMEN FÍSICO CON PLACAS ERITEMATOSAS Y BLANQUECINA CON FARINGOAMIGDALITIS GRADO II, NO RASGOS CLÍNICOS DE DESHIDRATACION IMPORTANTE. HAY ESTABILIDAD HEMODINÁMICA POR CLÍNICA, PACIENTE CON CRITERIOS PARA MANEJO AMBULATORIO GUIADO A ALIVIAR SINTOMATOLOGÍA Y CONTROL DE RESPUESTA INFLAMATORIA FARÍNGEA SE LE EXPLICA A LA MADRE QUE CUADRO TIENDE A AUTOLIMITARSE CON RECOMENDACIONES GENERALES Y EL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO COMPLETO. SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y DE RECONSULTA A URGENCIAS, RECOMENDACIONES A SEGUIR EN CASA, FORMULA MEDICA CON ANALGÉSICOS ANTIBIÓTICO Y ANTIHISTAMINICOS.
	IDX: FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA SÍNDROME FEBRIL SECUNDARIO

3. A los tres (3) días siguientes, esto es, el 3 de junio de 2016 a las 11:34 pm<sup>18</sup> se registró nuevamente el ingreso de la menor a las instalaciones de la E.S.E. demandada, oportunidad en la cual, en la historia clínica se afirmó lo siguiente: *“PACIENTE DE 3 AÑOS DE EDAD CON CUADRO DE 1 DÍA DE EVOLUCIÓN DE EPISODIOS EMÉTICOS EN 4 OCASIONES FIEBRE EN 3 OCASIONES SEGÚN MADRE, ESTÁ EN TRATAMIENTO PARA FARINGOAMIDALITIS BATERIANA CON AMOXACILINA, HOY 2 DÍAS REFIERE QUE EL VÓMITO ES DESPUÉS DE ANTIOTIOTICOS, PACIENTE CON MAL PETE, SE PRESENTA SUCIA CON UÑAS LARGAS Y OIDOS SUCIOS”* (Sic).
4. No obstante, nuevamente, 9 minutos después, esto es, a las 11:43:39 pm<sup>19</sup>, se registra la salida de la menor del Centro Médico, registrándose las siguientes condiciones de la paciente a la finalización:

CONDICIONES DEL PACIENTE A LA FINALIZACION	
03/06/2016 11:43:47 p.m.	ACIENTE DE EDAD CON CUADRO RESPIRATORIO AL EXAMEN FÍSICO CON PLACAS ERITEMATOSAS Y BLANQUECINA CON FARINGOAMIGDALITIS GRADO II PERO HAN MEJORACION RESPECTO A DIAS ANTERIORES LA PACIENTE ES RECONSUTLATE CON UN MADRE QUE NO LLEVA ACONTROL PRENATALES NI A CONSULTA DE URGENCIAS NO RASGOS CLÍNICOS DE DESHIDRATACION IMPORTANTE, HAY ESTABILIDAD HEMODINÁMICA POR CLÍNICA, PACIENTE CON CRITERIOS PARA MANEJO AMBULATORIO GUIADO A ALIVIAR SINTOMATOLOGÍA Y CONTROL DE RESPUESTA INFLAMATORIA FARÍNGEA SE LE EXPLICA A LA MADRE QUE CUADRO TIENDE A AUTOLIMITARSE CON RECOMENDACIONES GENERALES DEBE TERMINAR EL TRATMEINTO EN LA CASA ANTIBIÓTICO COMPLETO. SE DAN SIGNOS DE ALARMA Y DE RECONSULTA A URGENCIAS, RECOMENDACIONES A SEGUIR EN CASA, FORMULA MEDICA PARA MANEJO SINTOAMTICO

5. Ahora bien, el 5 de junio siguiente, se registró el ingreso de la menor a la Clínica Corpomédica, a las 9:00 am<sup>20</sup>, oportunidad en la cual se indicó que *“LA*

<sup>18</sup> Fls. 147-152 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

<sup>19</sup> Fls. 147 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

<sup>20</sup> Fls. 154-168 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

*PACIENTE ASISTE EN COMPAÑÍA DE LA MADRE, QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO DE DOLOR ABDOMINAL DE 8 DÍAS DE EVOLUCIÓN, ASOCIADO A NAUSEAS, NO TOLERA, NI ACEPTA LA VÍA ORAL DESDE HACE 4 DÍAS Y REFIERE MADRE QUE DESDE HACE 3 DÍAS LA PACIENTE NO PRESENTA DEPOSICIONES. AL INGRESO LA PACIENTE SE ENCUENTRA SOMNOLIENTA”.*

6. En el examen médico practicado ese mismo día, se dejan las siguientes notas médicas:

EXAMEN FÍSICO:	M2 : 0,54
ASPECTO GENERAL:	BUEN ESTADO GENERAL, CONDICIÓN NORMAL.
CABEZA:	NORMOCEFALO, SIN DEFORMIDADES.
OJOS:	CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERÓTICAS ANTICRÉTICAS, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, FONDO DE OJO SIN ALTERACIONES.
OÍDOS:	CONDUCTOS AUDITIVOS EXTERNOS SIN ALTERACIONES, TÍMPANOS ÍNTEGROS, SIN SANGRADOS NI SECRECIONES.
NAZAL:	SIN RINORREA FOSAS PERMEABLES OROFARINGE: MUCOSA ORAL HÚMEDA, LENGUA Y FARINGE SIN ALTERACIONES, SIN SANGRADOS, SIN SECRECIONES.
OROFARINGE:	SIN ALTERACIONES.
QUEJILLO:	CENTRAL SIN DEFORMIDADES, SIN MASAS NI MEGALIAS.
THORAX:	SIN DEFORMIDADES.
PULMONAR:	RUIDOS RESPIRATORIOS NORMALES SIN AGREGADOS.
CARDIOVASCULAR:	RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS.
PERFUSIÓN:	BUEN LLENADO CAPILAR, PULSOS SIMÉTRICOS Y PALPABLES.
ABDOMEN:	DISTENDIDO DOLOR DIFUSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y PROFUNDA, NO MASAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES:	SIMÉTRICAS SIN DOLOR NI LIMITACIÓN CON EL MOVIMIENTO, SIN EDEMAS.
GENITOURINARIO:	SIN ALTERACIONES.
NEUROLÓGICO:	SIN DÉFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE.
PIEL:	SIN ALTERACIONES.

7. Con base en los resultados del examen físico, el médico ordenó la práctica de una ultrasonografía de abdomen total, hígado, páncreas, vesícula, vías biliares, riñones, bazo, grandes vasos, pelvis y flancos, además de ciertos análisis de laboratorios y consulta con medicina especializada, luego de lo cual, a las 5:50 pm de ese mismo día, se reportó que la paciente presentaba una masa hepática, desnutrición y deshidratación<sup>21</sup>, así:

1) 05/06/2016 05:50PM	
SUBJETIVO:	PACIENTE DE 2 AÑOS EVOLUCIÓN DE OBSERVACION DE URGENCIAS  IDX: 1. MASA HEPATICA A ESTUDIO 2. SÍNDROME EMEITO A ESTUDIO 3. DESNUTRICION 4. DEHITRACION EN RESOLUCION
OBJETIVO:	SUBJETIVO: REFIERE MEJORIA DEL ESTADO GENERAL, ADECUADO PATRON DE SUEÑO, MEJORIA DE SINTOMAS RESPIRATORIOS, NO HAY REGISTROS NI REFERENCIA DE FIEBRE, NO SINTOMAS GASTROINTESTINALES. EXPLORACIÓN FÍSICA: TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA ALTERADO (ASPECTO); ALGO DECAÍDO, PÁLIDO, TIENE LA MUCOSA ORAL SEMISECA Y LOS OJOS HUNDIDOS, EL TIEMPO DE RECAPILARIZACIÓN CUTANEA ES DE 3 SEGUNDOS. APARATO CIRCULATORIO: FRECUENCIA CARDÍACA DE 120 X'. AUSCULTACIÓN CARDÍACA NORMAL. PULSOS PERIFÉRICOS BILATERALES PRESENTES Y SIMÉTRICOS. APARATO RESPIRATORIO: RITMO RESPIRATORIO Y AUSCULTACIÓN NORMALES. ABDOMEN: ALGO DISTENDIDO Y DOLOROSO DE FORMA DIFUSA. NO SE PALPAN MASAS NI VISCEROMEGALIAS. NO PRESENTA SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL Y EL PERISTALTISMO ESTA AUMENTADO. EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA: ACTIVO Y REACTIVO. FONTANELA NORMOTENSA.
ANÁLISIS:	PACIENTE CON MASA HEPATICA A ESTUDIO VALORADA POR SERVICIO DE PADIATRIA QUEIN REFIERE REMISION NIVEL III CIRUGIA Y PEDIATRIA MANEJO INTEGRAL SS ORDEN DE PARALICNISO ORDENADOS POR PEDIATRIA
ESTADO DEL PACIENTE:	ESTABLE

8. A las 8:07 pm de ese mismo día, se registró que la menor presentaba desaturación y, se estaba a espera de respuesta de su EPS para remisión, la cual, se registró a las 10:16pm, con diagnóstico principal de *“TUMOR CON COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL HÍGADO DE LA VESÍCULA BILIAR Y DEL CONDUCTO BILIAR”.*

<sup>21</sup> Fls. 158 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

9. Ese 5 de junio de 2016<sup>22</sup>, Sofía Lorena ingresó a la Clínica Medilaser de Florencia, a las 11:00:46 pm, registrándose como enfermedad actual: *“INGRESA EN COMPAÑÍA DE PERSONAL PARAMÉDICO Y MADRE, QUIEN REFIERE CUADRO DE MÁS O MENOS 15 DÍAS DE EVOLUCIÓN, CONSISTENTE EN FIEBRE NO CUANTIFICADA ASOCIADO A DOLOR ABDOMINAL DIFUSO, REFIERE Q LA LLEVÓ AL HMI EN DOS OCASIONES Y DAN EGRESO. HOY FUE LLEVADA A CENTRO MÉDICO CORPOMÉDICA DE DONDE REMITEN PARA VALORACIÓN Y MANEJO POR PEDIATRÍA. PACIENTE EN MAL ESTADO GENERAL. SÉPTICA. SE INDICA MANEJO DE INMEDIATO”*. En relación con el examen físico, se observó:

**OBJETIVO - EXAMEN FISICO**

TA: 0/0 mmHg TAM: .00 mmHg FC: 138 lpm FR: 32 rpm T: 39.4 °C SO2: 90% PESO: 10 KG TALLA: 110 CM  
MC: 8,26 Kg/m<sup>2</sup>  
I: Normal, AN: Anormal

Cabeza:  N  AN FEBRIL  
Ojos:  N  AN ENOFTALMOS MUCOSA ORAL SECA  
Oídos:  N  AN  
Cuello:  N  AN

Ingreso: 1533461 Fecha Historia: 05/06/2016 11:23:26 p. m. # Autorización: 29222823 Página 2/3  
Fecha Ingreso: 05/06/2016 11:13:17 p. m. Causa del Ingreso: Enfermedad general pediatría  
Identificación: 1029566492 Nombres: SOFIA LORENA Apellidos: QUINTERO QUIÑONES  
Número de Folio: 1 Ubicación: CLÍNICA MEDILASER S.A FLORENCIA - URGENCIAS FLORENCIA

Tórax:  N  AN TAQUIPNEICA POLIPNEICA TIRAJES SUBCOSTALES. RONCUS UNIVERSALES. MOVILIZACION DE SECRECIONES BIBASALES S1S2 TAQUICARDICOS.  
Abdomen:  N  AN DISTENDIDO HEPATOMEGALIA BODE HEPATICO A 5 CM DEL REBORDE COSTAL. ASCITIS. NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.  
Genitourinario:  N  AN  
Extremidades:  N  AN  
Neurológica:  N  AN SEPTICA  
Piel:  N  AN

10. En la historia clínica de la Clínica Medilaser, se observa que a las 11:23 p.m., a las 11:31 p.m. y, a las 12:03:25 a.m.<sup>23</sup> la paciente fue revisada por médico general y, se ordenaron impresiones diagnósticas, la aplicación de medicamentos, suero hidratante, y la toma de laboratorios clínicos.
11. A las 12:33:00 a.m.<sup>24</sup> la menor fue atendida por médico pediatra, quien reportó lo siguiente:

POLIPNEICA, PATRON RESPIRATORIO RESTRICTIVO, SE AUSCULTA RONCUS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, EL ABDOMEN ES GLOBOSO, SE PALPA HEPATOMEGALIA A 5 CM DE REBORDE COSTAL, NO HAY SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL  
NO ALTERACIONES EN PIEL,  
PERFUSIÓN DISTAL DE 3 SEGUNDOS

ESCOLAR CON CUADRO CHOQUE SEPTICO, PROBABLEMENTE DE FOCO ABDOMINAL, SE DEJA CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO Y REANIMACIÓN HIDRICA EXHAUSTIVA, SE DEJA APORTE HIDRICO A 2500 CC M2 DIA. SE POLICULTIVA. SOLICITO CONCEPTO DE CIRUGIA GENERAL, ADEMÁS PARA COLOCACIÓN DE LINEA CENTRAL.

<sup>22</sup> Fls. 169-280 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

<sup>23</sup> Fls. 171-174 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

<sup>24</sup> Fls. 180 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

12. A la 1:41:51 a.m.<sup>25</sup> se dejó el siguiente reporte:

**OBJETIVO - ANALISIS**  
 PACIENTE EN MUY MAL ESTADO GENERAL  
 CON MARCADA HIPOGLICEMIA SE INDICA BOLO DEXTROSA AL 10 % 80 CC  
 TIENE MARCADAMENTE ALTERADAS LAS PRUEBAS DE FX HEPATICA  
 CONTINUA VIGILANCIA ESTRICTA

13. El 6 de junio de 2016 a las 5:20:54 a.m.<sup>26</sup> se indicó que la paciente había sido trasfundida, así:

**OBJETIVO - ANALISIS**  
 PACIENTE EN MALAS CONDICIONES GENERALES  
 SE REALIZO TRANSFUSION DE 180 CC DE GRE  
 CON ADECUADA TOLERANCIA, SIN REACCIONES TRANSFUSIONALES  
 SE SOLICITA CH POSTTRANSFUSION

14. Más tarde ese día, a las 8:46:44 a.m.<sup>27</sup> se dejó la siguiente constancia en relación con la evolución de la paciente:

**OBJETIVO - ANALISIS**  
 PACIENTE CON DX ANOTADO EN HISTORIA CLINICA SE ENCUENTRA FEBRIL DISTENDIDA  
 ABDOMEN GLOBOSO DISTENDIDO, DOLOROSO A LA PALPACION  
 SE ENCUENTRA LEUCOPENICA, Y TROMBOCITOPENICA, SUGIERO MANEJO CLINICO URGENTE Y REMISION A UCI YA QUE HASTA  
 EL MOMENTO ES IMPOSIBLE LAPAROTOMIA O CATETER CENTRAL VENOSO, DEBIDO A SU TROMBOCITOPENIA,  
 REMISION URGENTE A UCI PEDIATRICA

15. Con ocasión de la rápida desmejora de la menor, a las 9:54:02 a.m.<sup>28</sup> se ordenó su remisión a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos de manera urgente.

MUY GRAVE, EN MALAS CONDICIONES GENERALES, PENDIENTE DE SALIR A UCIP URGENTE.  
**OBJETIVO - EXAMEN FISICO**  
 TA: 110/44 mmHg TAM: 66,00 mmHg FC: 177 bpm FR: 26 rpm T: 38 °C SO2: 100% PESO: 10 KG TALLA: 110 CM  
 MC: 8,26 Kg/m<sup>2</sup>  
 N: Normal, AN: Anormal  
 Cabeza:  N  AN NORMOCONFIGURADA.  
 Ojos:  N  AN APERTURA OCULAR ESPONTANEA.  
 ORL:  N  AN SOG ADRENAJE, AHORA CUNCHO D ECAFE ESCASO 10ML.  
 Cuello:  N  AN MOVIL SIN MASAS.  
 Tórax:  N  AN CON AGREGADOS PULMONARES ESCASOS, CON POLIPNEA, CON NECESIDAD DE OXIGENO SUPLEMENTARIO DE ALTO FLUJO POR CAMARA DE HOOD AL 40 %, NO SOPLOS, MANTIENE BUEN APERUSION DISTAL Y BUENOS PULSOS PERIFERICOS, NO MANIFESTACIONE SDE BAJO GASTO.  
 Abdomen:  N  AN MUY DISTENDIDO, DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA, PERITONEAL, CON RUIDOS DISMINUIDOS, NO HA DEFECADO.  
 Genitourinario:  N  AN RD: 2.2MLKGHR.  
 Extremidades:  N  AN EUTROFICAS Y SIMETRICAS.  
 Neurológica:  N  AN IRRITABLEM, ALGICA, SOMNOLIENTA. SIN SIGNOS FOCALES.  
 Piel:  N  AN PALIDES CUTANEO MUCOSA, SEPTICA.

<sup>25</sup> Fls. 186 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

<sup>26</sup> Fls. 189 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

<sup>27</sup> Fls. 191 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

<sup>28</sup> Fls. 193 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

16. A la 1:45:14 p.m.<sup>29</sup>, se registró el grave deterioro en la salud de Sofía Lorena, así:

**SIGNOS VITALES:**

FC 173 XMIN, FR 46 XMIN, TA: 110 /44MMHG, TAM 65 MMHG, TEMP 36.5 °C, SAT 100 % CON O2 POR CAMARA CEFALICA AL 40 %.

**EXAMEN FISICO**

PIEL Y MUCOSAS: HUMEDAS Y HIPOCOLOREADAS.

TCS: NO INFILTRADO

AC: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Y BIEN GOLPEADO SIN SOPLOS, SIN MANIFESTACIONES DE BAJO GASTO, BUEN LLENADO CAPILAR, BUENOS PULSOS PERIFERICOS.

AR MURMULLO VESICULAR AUDIBLE, ESCASOS AGREGADOS PULMONARES, NO TIRAJES, ASILADOS RONCOS POLIPNEA LIGERA, NO QUEJIDO NO ALETEO NASAL NO CIANOSIS CON NECESIDAD DE OXIGENO SUPLEMENTARIO DE ALTO FLUJO POR CAMARA CEFALICA AL 40 %.

ABDOMEN MUY DISTENDIDO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL Y PROFUNDA PERISTALSIS DISMINUIDA, NO HA DEFECADO, ABDOMEN IMPRESIONA PERITONEAL. SOG A DRENAJE CON ABUNDANTE DREN BILIOSO AHORA, SE HARA REPOSICION UNO POR UNO CON RINGER LACTATO ALS PERDIDAS.

INFECCIOSO AFEBRIL AHORA, RECIBE TTO AMB DE AMPLIO ESPECTRO, SEGUIMIENTO A CULTIVOS.

METABOLICO CON TRASTORNO METABOLICO AHORA, HIPERGLICEMICA, SE CAMBIA MEZCLA CON DEXTROSA AL 5% CON ELECTROLITOS, SE TOMARA CONTROL EN 1 HR.

NERVIOSO SOMNOLIENTA, IRRITABLE, ALGICA, NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA.

**ANALISIS**

PACIENTE MUY GRAVE, EN MALAS CONDICIONES GENERALES, CON SHOCK SEPTICO DE ORIGEN ABDOMINAL, CON ABDOMEN AGUDO QUE FUE VALORADO POR CIRUGIA GENERAL QUE INICIA A SOLICITAR NO PODER REALIZAR LAPARATOMIA EXPLORADORA POR TROMBOCITOPENIA SEVERA, Y SOLICITA TAMBIEN TRASLADO URGENTE A UCIP, AHORA SIN MANIFESTACIONES DE BAJO GASTO, SIN SOPLOS CON BUEN AHEMODINAMIA, MANTIENE BUENAS TENSIONES Y DIURESIS ADECUADA, ANIVEL RESPIRATORIO SIN SDR CON NECESIDAD DE OXIGENO SUPLEMENTARIO, PARA MANTENER ADECUADA SATURACION DE OXIGENO, A NIVEL DIGESTIVO EN AYUNAS, CON GRAN DISTENSION ABDOMINAL Y DOLOR ABDOMINAL SUPERFICIAL Y PROFUNDO Y ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO SIN POSIBILIDAD DE CX EN EL MOMENTO, NO HA DEFECADO NO HA EXPULSADO GASES, A NIVEL INFECCIOSO SIN DISTERMIAS, RECIBE TTO AMB DE AMPLIO ESPECTRO, PENDIENTE REPORTE DE CULTIVOS, TIENE HEMOGRAMA CONTROL A LAS 11 AM, QUE MUESTRA LEUCOPENIA EN ASCENSO, ANEMIA LIGERA Y TROMBOCITOPENIA SEVERA EN DESCENSO SE RECIBEN TIEMPOS DE COAGULACION PROLONGADOS AHORA, NECESIDAD DE PLASMA FRESCO, SE SOLICITA. A NIVEL METABOLICO CON MAL CONTROL DE GLUCOMETRIAS TIENE UNA 244 MGD/L SE AJUSTAN LEV, A NIVEL GENITORUINARIO CON DISMINUCION DE RITMO DIURETICO, SE INDICA BOLO DE RINGER LACTATO AHORA 280ML ANIVEL NEUROLOGICO SOMNOLIENTA, CON IRRITABILIDAD ALGICA, SIN SIGNOS FOCALES, SE EXPLICA SITUACION ACTUAL DE LA PACIENTE, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, PENDIENTE DE SALIR EN REMISION URGENTE A UCIP / CIRUGIA PEDIATRICA, EN ESTOS MOMENTOS SE ENTREGA A DRA ANA MARIA MEDICA GENERAL DE TRASLADO, PRONOSTICO RESERVADO SEGUN EVOLUCION CLINICA, ALTO RIESGO DE COMPLICACIONES EN LA PRESENTE HOSPITALIZACION INCLUSO LA MUERTE.

17. Con ocasión de la remisión ordenada y, habiendo sido transportada en ambulancia terrestre, se registró el ingreso de la menor a la clínica La Estancia de Popayán, a las 21:04:50<sup>30</sup>, donde finalmente falleció minutos más tarde.

18. En la nota retrospectiva de evolución, se indicó:

<sup>29</sup> Fls. 259 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

<sup>30</sup> Fls. 267-270 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

SE COMENTA CON RADIOLOGO DR. ROJAS QUIEN HACE LECTURA DEL TAC ABDOMINAL ENCONTRANDO MULTIPLES ABSCESOS A NIVEL HEPATICO. UBICANDOSE EL MAYOR A NIVEL DE FLANCO DERECHO, SIN EMBARGO CONSIDERA QUE NO ES UN ESTUDIO DE BUENA CALIDAD Y SUGIERE REALIZAR ECOGRAFIA LA CUAL REPORTA: HEPATOMEGALIA HOMOGENA, LESION EXPANSIVA HEPATICA DERECHA SUGESTIVA DE ABSCESO, COLECISTOPATIA ALITISIACA REACTIVA, ASCITIS, DERRAME PLEURAL BILATERAL, DISTENSION DE ASAS INTESTINAL ALGUNAS CON LIQUIDO ENDOLUMIAL INCONCLUSIVA EVALUACION DE PANCREAS, VEJIGA, AORTA Y RETROPÉRITOENA SOBRE LINEA MEDIA, SE DECIDE REALIZAR PUNCION ECODIRIGIDA PREVIO PASO DE 2 UNIDADES DE PLAQUETAS, KETAMINA Y MIDAZOLAM SE REALIZA PUNCION ECODIRIGIDA DR, ROJAS A NIVEL DE LOBULO DERECHO HEPATICO OBTENIENDOSE MATERIAL SEROHEMATICO ESPESO APROXIMADAMENTE 3CC,S E ENVIA PARA GRAM Y CULTIVO, POSTERIOR AL PROCEDIMIENTO SE REALIZA RX DE TORAX EVIDENCIANDOSE PLACA CON 6 ESPACIOS INTERCOSTALES INFILTRADOS BRONCOALVEOLARES BILATERALES, SILUETA CARDIACA BORRADA PLACA COMPATIBLE CON NEUMONIA MULTILobar, PRESENTA DESATURACION HASTA 84% QUE RECUPERA CON VPP PERO PERSISTE MUY SOMNOLINETA RAZON POR LA CUAL SE DECIDE REALIZAR INTUBACION OROTRAQUEAL PREVIA DOSIS DE MIDAZOLAM Y FENTANYL, SE INTUBA EN EL PRIMER INTENTO CON TUBO 4.5 SE FIJA A 13 CM DE LA ARACADA DENTAL, SE COMPRUEBA EXPANSIBILIDAD TORACICA, COLUMNA DE AIRE Y ADECUADA SATURACION, POSTERIOR A LA INTUBACION LA PACIENTE REGISTRA LOS SIGUIENTES SIGNOS VITALES FC: 101 FR: 26 T: 36.5 TA: 82/48 M: 59 SO2: 99%, SE DECIDE PASAR CATETER FEMORAL EL CUAL PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN EL PRIMER INTENTO DE SE LOCALIZA VENA FEMORAL SE PASA CATETER,S E OBSERVA SANGRADO EN MODERADA CANTIDAD, SE ESTABA REALIZANDO LA SUTURA CUANDO SUBITAMENTE PRESENTA ASISTOLIA Y DESATURACION, SE PROCEDE A REALIZAR COMPRESIONES TORACICAS SIN OBTENER FRECUENCIA CARDIACA, SE PASAN 5 BOLOS DE ADRENALINA CON ESPACIO DE 3 MINUTOS, BOLO DE HCO3, Y LACTATO DE RINGER, SE REALIZA DESFIBRILACION CON LO CUAL SE OBTIENE FRECUENCIA CARDIACA PERO PORTERIORMENTE PRESENTA ASISTOLIA, SE REALIZA EN 3 OPORTUNIDADES DESFIBRILACION SIN RESPUESTA, PRESENTA SANGRADO POR TUBO OROTRAQUEAL. SE REALIZAN MANIOBRAS DE REANIMACION AVANZADA DURANTE 20 MINUTOS SIN REPSUESTA, SE DECLARA FALLACIDA A LAS J.O \*HOSVITAL\* Usuario:25281440 CAROLINA MUÑOZ VELEZ

Ahora bien, de las demás pruebas incorporadas al expediente, es fundamental resaltar, las siguientes:

1. Oficio nro. 100 del 28 de septiembre de 2022<sup>31</sup>, por medio del cual, el doctor Luis Francisco Ruiz Aguilar, representante legal del Hospital Departamental María Inmaculada ESE, dio respuesta al requerimiento efectuado por la Jueza de Primera Instancia, en el cual se sostuvo: “(...) **en todos los casos, el niño o niña que llega con fiebre, debe ser clasificado para evaluar la sintomatología y descartar una enfermedad potencialmente letal. En su cuadro de procedimientos la estrategia AIEPI se puede observar el recuadro de fiebre (...)**”<sup>32</sup>.

“(...) Para el caso particular se presenta una paciente con cuadro febril que, al examinar y llegar a un cuidadoso análisis médico, se determinó que se presentó una **paciente de 3 años de edad con cuadro respiratorio alto al examen físico con placas eritematosas y blanquecina con faringoamigdalitis grado II, sin rasgos clínicos de deshidratación importante, estabilidad hemodinámica por clínica. Dentro de los enfoques particulares de síndrome febril y faringitis, es evidente que la paciente no cumplía criterios descritos para enfermedad grave febril, ni de riesgo intermedio, cumplía definiciones de caso para faringitis bacteriana (...)** La atención inicial fue oportuna y acorde con la sintomatología clínica que presentaba el paciente en las respectivas consultas a urgencias. La atención inicial de la niña fue acorde con la evidencia médica (...)

2. Interrogatorio de parte<sup>33</sup>, rendido por Liliana de la Cruz Esparza, representante legal de la Clínica Medilaser, en audiencia de pruebas del 3 de octubre de 2022, en la cual ésta sostuvo que, desde el ingreso de la niña hasta su remisión a UCI Pediátrica, pasaron 12 horas, término que estuvo supeditado a la gestión que la EPS efectuó para el traslado y aceptación de la paciente en otro centro médico de mayor complejidad.

<sup>31</sup> Archivo 67RespuestaOficio089HMI.pdf

<sup>32</sup> Fl. 3 del Archivo 67RespuestaOficio089HMI.pdf

<sup>33</sup> Archivo 82ActaAudPruebasYLinkGrabacion.pdf. Grabación minuto: 09:50 – 17:50.

3. Testimonio rendido por el doctor Sandino Miguel Grisales<sup>34</sup>, médico que atendió a la menor en sus últimas horas de vida, quien inició por explicar, en audiencia de pruebas del 3 de octubre de 2022, cuál fue su intervención en la evolución de la menor, así como remitiéndose a la historia clínica para leer lo allí plasmado. Dijo que, aunque la menor requería una intervención quirúrgica, no era viable hacerla, por el mal estado en el que se encontraba, porque podría comprometer su vida al ser intervenida. Aseguró haber ordenado la remisión en el tiempo oportuno y, recalcó las malas condiciones en las cuales se encontraba la menor a su arribo al centro médico.
4. Declaración juramentada del doctor Luis Fernando Novoa Cordero, radiólogo pediatra, quien en audiencia de pruebas del 3 de octubre de 2022<sup>35</sup> explicó cuáles fueron las ayudas diagnósticas que se le practicaron a la menor, asegurando que ésta se encontraba en muy malas condiciones de salud para cuando llegó a la Clínica Medilaser, lo que impidió que el cirujano general pudiera intervenirla. En relación con la calidad de las imágenes diagnósticas tomadas a Sofía Lorena, las cuales fueron relacionadas en el expediente como de mala calidad, explicó que ello se debía a las condiciones físicas de la paciente quien, para el momento en que se tomaron los exámenes, podía moverse mucho por el dolor, estar taquicárdica o cualquier otro factor que impidiera tomar de manera óptima la imagen diagnóstica; sin embargo, aseguró, el hecho de que las imágenes no fueran de la mejor calidad, o no se hubieren remitido con lectura al Hospital de Popayán, en nada incidió en el diagnóstico o en el desenlace fatal de la menor.

En relación con los síntomas de un absceso hepático -diagnóstico de la menor-, aseguró que era muy probable que los síntomas de dicho padecimiento no hubieran aparecido sino 24 o 48 horas antes de su llegada a la Clínica Medilaser, ***“(...) de un día a dos días. Es el tiempo que requiere el organismo para tratar de contener la infección, que no se vaya, digamos a salir del hígado (...) en muchas ocasiones, antes de esas 24, 48 horas previas, que yo le menciono cómo tiempo más o menos prudencial, pues más difícil se hace el diagnóstico y más difícil se hace el tratamiento (...)”***<sup>36</sup>.

Aclaró que **los síntomas que presentó la menor para el 31 de mayo de 2016 no eran necesariamente indiciarios de un acceso hepático, sino que la mayor cantidad de padecimientos de los niños tienen un origen infeccioso**. Aseguró que, a su llegada a la Clínica Medilaser, a la menor se le tomaron todos los exámenes diagnósticos protocolarios y explicó el orden cronológico de estos y la necesidad de cada uno.

En relación con la pregunta del apoderado de la parte actora, relacionada con la sintomatología primaria de la menor, en la cual esta refería dolor abdominal, afirmó: ***“(...) en principio puede que el cuadro no haya sido tan florido, tan diciente, entonces probablemente iba con la fiebre, iba con el malestar general,***

<sup>34</sup> Archivo 82ActaAudPruebasyLinkGrabacion.pdf. Grabación minuto: 19:28 – 49:05.

<sup>35</sup> Archivo 82ActaAudPruebasyLinkGrabacion.pdf. Grabación minuto: 49:20 - 2:25:19.

<sup>36</sup> Archivo 82ActaAudPruebasyLinkGrabacion.pdf. Grabación minuto: 1:50:00.

*iba con algo de dolor de garanta (...) como les decía, puede empezar como un cuadro gripal y lo que se está formando es otra cosa, como un absceso... como le decía uno no puede ser predictor, predecir, no se puede predecir lo que posteriormente va a terminar con un cuadro tan catastrófico como éste (...)*”.

Al ser preguntado por parte del apoderado del HMI, respecto del triage de la menor, 24 a 48 horas anteriores a la llegada de ésta a la Clínica Medilaser, el médico sostuvo: “(...) es posible según la patología de la menor, que el triage haya arrojado para manejo ambulatorio? RESPONDE: Lo que sí sé es que el absceso, a las 12 del día, voy a empezar más bien del final, a las 12 del día que se realiza la tomografía y se evidencia positivamente, con el estudio regular como salió, se evidencia un absceso hepático, yo echo, camino hacia atrás, y **sé que ese absceso se estuvo formando entre un día y dos días previo a ese estudio. No sé cómo llegó a los sitios de urgencias del hospital o de la clínica de la ciudad, llegaría con otra patología, es decir, estaba evolucionando ese absceso, estaba evolucionado hasta que se organizó. Es decir, si hubiera habido, muy seguramente, les voy a decir, muy seguramente, si yo desde el día cero de que inicio este andar catastrófico, se le toma una tomografía, estoy 100% seguro que no tenía el absceso, porque el absceso no se forma y no se da cuenta uno cinco días después, el absceso, para que se conformara para que se organizara, estrictamente como lo estoy describiendo, necesitó uno o dos días previos al diagnóstico de esa tomografía, o de esa ecografía que se realizó en horas tempranas de la mañana. Es decir, que estuvo 15 días, que estuvo 1 mes, es decir, no voy a pensar que el absceso se conformó hace un mes y que hasta ahora se lo vamos a descubrir. No! Porque no es una conducción evolutiva crónica, es una condición rápidamente evolutiva que se forma, se organiza la cúmulo de glóbulos blancos, se engrosa el tejido hepático y se organiza como absceso; mientras no se organice un absceso como una colección verdaderamente organizada dentro del hígado, pues no podría estar hablando de un absceso, podría estar hablando de una reacción inflamatoria, de una hepatitis, de una hepatitis difusa, pero antes de eso no puedo yo deducir que se sabía que había un absceso (...)”<sup>37</sup> (Negrillas fuera de texto).**

5. Testimonio del doctor Camilo Andrés Herrera Jaramillo, rendido en audiencia de pruebas del 3 de octubre de 2022<sup>38</sup>, quien afirmó haber sido el galeno que atendió a la menor los días 31 de mayo y 3 de junio de 2016. Aseguró que, en la primera consulta, la paciente llegó con síntomas de dolor en la garganta, fiebre, cefalea, malestar general, tenía antecedentes de convulsión febril y, por tal razón, se le practicó el examen físico, concluyéndose que no tenía síntomas de enfermedad de alto ni mediano riesgo, por lo cual no se le ordenaron exámenes paraclínicos y, se ordenó su manejo en casa.

Explicó que, el enfoque febril en un pequeño de la edad de la menor, es practicar una evaluación clínica con la cual se buscan signos de alarma que, no se

<sup>37</sup> Archivo 82ActaAudPruebasLinkGrabacion.pdf. Grabación minuto: 2:20:00-2:23:00.

<sup>38</sup> Archivo 82ActaAudPruebasLinkGrabacion.pdf. Grabación minuto: 2:29:20 – 3:53:16.

evidenciaron en las primeras dos consultas que él atendió; adicionó que, los abscesos hepáticos en niños son muy raros y, para el momento en el cual él atendió a la paciente, no había ningún indicio de la formación de un absceso; hizo referencia a estudios clínicos en los cuales, se demuestra que los abscesos tienen una formación de uno a dos días, razón por la cual, afirmó que la paciente no tenía dicho absceso cuando él la atendió. Explicó que la faringoamigdalitis, diagnóstico inicial de la paciente, produce malestar general, dolor abdominal y náuseas, razón por la cual, ese dolor abdominal que la paciente refería fue asociado al diagnóstico primario, máxime cuando no había ningún síntoma de absceso hepático para ese momento.

6. Sustentación de dictamen pericial rendido por el Médico Cirujano especialista en Cirugía Pediátrica, doctor Carlos Blanco González<sup>39</sup>, quien aseguró que la atención médica brindada por la Clínica Medilaser a la menor fue la indicada para el momento de los hechos. Insistió en que, la mortalidad del cuadro clínico de la paciente era más alta con el transcurrir de las horas; refirió que, si bien las imágenes diagnósticas tomadas a la paciente en la Clínica Medilaser no eran las mejores, ello obedecía a que seguramente la pequeña no se quedaba quieta por el dolor, pero, era preferible tomarlas así, a no poder tener un indicio de lo que le ocurría.

Aseguró que, si bien el cuadro evolutivo de la paciente no era rápido, los síntomas eran muy diversos y dificultaban el diagnóstico; también indicó que, si hubiera tenido a la paciente en las primeras consultas, con las placas en la garganta y, el diagnóstico inicialmente efectuado, también la hubiera enviado a casa pues, en ese momento, no existía ningún indicio para pensar que se estaba formando un absceso hepático.

Aseveró que, en tanto se advirtió -en la Clínica Medilaser- el diagnóstico de la menor, debió estabilizársele antes de remitirla, lo que en efecto ocurrió.

En relación con el tiempo necesario para examinar a una paciente de corta edad, indicó que el tiempo máximo en urgencias son 6 horas, y que, además, si esa paciente re consulta, consideró que lo mejor es dejar a la menor hospitalizado, sin embargo, al ser contextualizado en el caso, indicó que, si los síntomas son los mismos de la primera consulta y, no se han suministrado correctamente los medicamentos, remitiría el menor a casa nuevamente.

De las pruebas hasta ahora relacionadas y, que configuran las más relevantes dentro del expediente, esta Sala concluye que, el recurso de alzada no tiene vocación de prosperidad.

Lo anterior se afirma como quiera que, pudo probarse -en primer lugar y, respecto de la eventual responsabilidad de la E.S.E. Hospital María Inmaculada- que, para el momento en el cual Sofía Lorena fue atendida en dicha Institución, esto es, el 31 de mayo y 3 de

---

<sup>39</sup> Archivo 89ActaContinuaAudPruebasLinkGrabacion.pdf. Grabación minuto: 5:39 – 55:39.

junio de 2016, la menor no presentaba una sintomatología asociada con el absceso hepático que, el 6 de junio siguiente, cobró su vida.

Para llegar a tal conclusión, basta con revisar la historia clínica, en la cual, si bien en efecto, se evidencia que la atención fue muy rápida, esto es, 4 y 9 minutos respectivamente, ello no desvirtúa el hecho que, el profesional, aplicó el protocolo AIEPI<sup>40</sup> de atención de pacientes, conforme al cual, la menor podía seguir siendo tratada en casa con la sintomatología que presentaba, veamos:

<p><b>Uno de los siguientes signos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad menor de tres meses y fiebre <math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math></li> <li>• Edad tres – seis meses y fiebre <math>\geq 39^{\circ}\text{C}</math></li> <li>• Cualquier signo general de peligro</li> <li>• Rigidez de nuca</li> <li>• Aspecto tóxico o apariencia de enfermo grave para el profesional</li> <li>• Ninguna respuesta al estímulo social</li> <li>• Piel pálida, moteada, ceniza o azul</li> <li>• Manifestaciones de sangrado</li> <li>• Rash o eritema que no cede a la presión</li> <li>• Manifestaciones focales de otras infecciones graves (celulitis extensa, artritis, etcétera)</li> </ul>	<p><b>ENFERMEDAD FEBRIL DE ALTO RIESGO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar la primera dosis de un antibiótico apropiado</li> <li>• Tratar al niño para prevenir hipoglucemia</li> <li>• Tratar la fiebre</li> <li>• Tratar las convulsiones</li> <li>• Garantizar adecuada hidratación</li> <li>• Administrar oxígeno</li> <li>• Referir URGENTEMENTE al hospital siguiendo las normas de estabilización y transporte "REFIERA"</li> </ul>
<p>Uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre por cinco días o más</li> <li>• Edad seis meses a dos años con fiebre <math>\geq 39^{\circ}\text{C}</math> sin foco aparente</li> <li>• Respuesta inadecuada al estímulo social: no sonrisa, disminución de actividad</li> </ul>	<p><b>ENFERMEDAD FEBRIL DE RIESGO INTERMEDIO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar CH, PCR y Parcial de Orina, si no es posible tomarlos referir a un nivel superior</li> <li>• Si CH con más de 15.000 leucocitos o más de 10.000 neutrófilos, PCR mayor de 4mg/dl, iniciar antibiótico indicado para ENFERMEDAD FEBRIL DE ALTO RIESGO y referir</li> <li>• Si el CH muestra <math>&lt; 4.000</math> leucocitos o <math>&lt; 100.000</math> plaquetas también debe referirse</li> <li>• Si parcial de orina compatible con infección urinaria referir para manejo y estudio</li> <li>• Tratar la fiebre</li> <li>• Asegurar adecuada hidratación por vía oral</li> <li>• Hacer consulta de seguimiento en dos días</li> <li>• Si ha tenido fiebre por más de siete días referir para estudios</li> <li>• Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiebre y no tiene signos para quedar incluido en ninguna de las clasificaciones anteriores</li> </ul>	<p><b>ENFERMEDAD FEBRIL DE BAJO RIESGO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar la fiebre</li> <li>• Asegurar adecuada hidratación por vía oral</li> <li>• Hacer consulta de seguimiento en dos días si persiste la fiebre</li> <li>• Enseñar a la madre los signos de alarma para regresar de inmediato</li> <li>• Enseñar medidas preventivas específicas</li> </ul>

Del anterior protocolo y, evidenciado como se encuentra que, en la consulta del 31 de mayo<sup>41</sup>, Sofía Lorena presentaba "(...) cuadro respiratorio al examen físico, con placas eritematosas y blanquecina, con faringoamigdalitis grado II, no rasgos clínicos de deshidratación importante, hay estabilidad hemodinámica por clínica (...)" y, en la consulta del 3 de junio de siguiente "(...) al examen físico con placas eritematosas y blanquecina con faringoamigdalitis grado II pero han mejorado respecto a días anteriores (...)"<sup>42</sup>, es evidente que su caso se identificaba como una enfermedad febril de bajo riesgo, razón por la cual, los doctores Novoa Cordero<sup>43</sup> y Blanco González<sup>44</sup>, concordaron con el doctor Camilo Andrés Herrera Jaramillo -quien atendió a la paciente los referidos días-, en que **no había ningún síntoma que refiriera no sólo la formación de un absceso hepático**, sino además, la necesidad de ordenar exámenes

<sup>40</sup> Archivo 67RespuestaOficio089HMI.pdf.

<sup>41</sup> Fls. 139 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

<sup>42</sup> Fls. 147 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

<sup>43</sup> Archivo 82ActaAudPruebasLinkGrabacion.pdf. Grabación minuto: 49:20 - 2:25:19.

<sup>44</sup> Archivo 89ActaContinuaAudPruebasLinkGrabacion.pdf. Grabación minuto: 5:39 – 55:39.

diagnósticos u hospitalizar a la menor, pues los síntomas estaban relacionados con la faringoamigdalitis que ésta padecía.

A ese respecto, cobra la mayor relevancia el testimonio del doctor Luis Fernando Novoa Cordero<sup>45</sup>, radiólogo pediatra, quien indicó estar 100% seguro de que, para el momento en el cual Sofía Lorena fue atendida el 31 de mayo y el 3 de junio de 2016, no debió haber empezado la formación del absceso pues, ello solo inició máximo 48 horas antes de la tomografía practicada en la Clínica Medilaser el 6 de junio de 2016 a las 10:38 am, esto es, el 4 de junio anterior.

Por su parte, si bien el perito que surtió su dictamen, doctor Blanco González<sup>46</sup>, aseguró que la formación del absceso pudo iniciar hasta 72 horas antes, éste afirmó que, para la sintomatología advertida por el galeno del HMI y, aunado al hecho que, la madre de la menor aseguró a su reingreso no haber dado de forma juiciosa los antibióticos a su hija, él también habría optado por darle manejo ambulatorio a la pequeña pues, para ese momento, era muy difícil establecer si el absceso hepático se encontraba en formación.

Justamente, en relación con la sintomatología presentada por la menor, el doctor Novoa Cordero<sup>47</sup> aseveró que, **nadie podía prever el desenlace o patología** de ésta pues, se trata de un padecimiento tórpido que se desarrolla rápidamente y, con el paso de las horas, disminuye la probabilidad de vida de un menor.

Ahora, si bien no desconoce esta Sala que, las primeras atenciones brindadas en el HMI fueron muy rápidas, lo cierto es que, en primer lugar, la pequeña sí padecía de faringo-amigdalitis (enfermedad que, además, pudo enmascarar los síntomas de un eventual absceso hepático en formación), y en segundo lugar, como lo explico el doctor Luis Fernando Novoa Cordero<sup>48</sup>, para ese momento, **así se hubieren ordenado ayudas diagnósticas, no se iba a evidenciar un absceso pues este, se insiste, solo empezó a formarse máximo 48 horas antes de la tomografía practicada el 6 de junio<sup>49</sup> a las 10:38 am.**

En ese orden de ideas, por lamentable que resulta la muerte de Sofía Lorena, quien contaba con escasos 3 años de edad, no puede esta Corporación endilgar responsabilidad alguna al Hospital María Inmaculada por su muerte pues, todas las pruebas obrantes en el expediente y, relacionadas líneas más arriba, apuntan a que el galeno que atendió a la paciente el 31 de mayo y el 3 de junio de 2016, no sólo no podía prever o sospechar de la formación de un absceso hepático, sino que además, le dio a la paciente el tratamiento médico necesario para su padecimiento, esto es, la faringo-amigdalitis que presentaba, razón por la cual, se encuentra probado que, la atención brindada por el Hospital María Inmaculada de Florencia, no fue la causa eficiente del daño.

---

<sup>45</sup> Archivo 82ActaAudPruebasLinkGrabacion.pdf. Grabación minuto: 49:20 - 2:25:19.

<sup>46</sup> Archivo 89ActaContinuaAudPruebasLinkGrabacion.pdf. Grabación minuto: 5:39 – 55:39.

<sup>47</sup> Archivo 82ActaAudPruebasLinkGrabacion.pdf. Grabación minuto: 49:20 - 2:25:19.

<sup>48</sup> Archivo 82ActaAudPruebasLinkGrabacion.pdf. Grabación minuto: 49:20 - 2:25:19.

<sup>49</sup> Fls. 198 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

Para soportar la conclusión efectuada por esta Sala es pertinente traer a colación el hecho que, en asunto de similares matices, en el cual un menor de edad falleció por un diagnóstico tardío de dengue que, lo llevó rápidamente a la muerte, el Consejo de Estado<sup>50</sup> sostuvo que no había responsabilidad de la demandada porque esta, había tratado los síntomas que el menor presentaba de conformidad con los protocolos médicos establecidos, pese al fatal desenlace. Veamos:

*“(…) véase que antes de confirmar el diagnóstico de dengue entre los días 4 y 6 de enero, el tratamiento dado al menor también fue el adecuado, pues como en esas fechas el menor apenas mostraba la presencia de algunos síntomas y se encontraba estable y lúcido, se trataba de un paciente que debía ser clasificado en el grupo A, los cuales “pueden ser manejados ambulatoriamente”. Frente a este grupo, la guía del Instituto Nacional de Salud ordena que el tratamiento que se debe seguir es la vigilancia “cada 48 horas en busca de signos de alarma” y “administrar Acetaminofén”, que fue lo que en efecto se hizo con el menor, pues entre esas fechas aquel fue valorado por diferentes médicos, quienes impartieron recomendaciones y signos de alarma, le ordenaron la toma del referido analgésico y lo remitieron a consulta externa para hacerle seguimiento; por tanto, aunque no se sabía con certeza la patología que cursaba en ese momento el menor, la misma sí se trató, de manera preventiva, conforme lo enseñan los protocolos. (...) Todo lo anterior evidencia que en este caso la parte actora no probó, como le correspondía, que el hospital demandado hubiera incurrido en una falla del servicio médico, ni mucho menos demostró que la muerte del menor hubiera sido determinada por alguna actuación del centro médico -nexo-, pues como se vio, el curso de la enfermedad fue atípico y provocó el desenlace fatal que dio origen a este proceso, a pesar de los esfuerzos médicos realizados.*

*En este punto de la sentencia, la Sala debe recordar que las obligaciones que surgen en desarrollo de la actividad médico-sanitaria a cargo de la Administración son de medio y no de resultado, por lo que la prestación exigible es la aplicación de las técnicas idóneas y pertinentes en función de la práctica médica (lex artis ad hoc), sin que pueda aceptarse una responsabilidad basada en la sola producción del daño.*

*Entonces, se evidencia que el Hospital Regional del Líbano no es responsable de la muerte del menor Yeinson Felipe Díaz Buitrago, pues con las pruebas analizadas se demostró que le prestó la atención médica necesaria y oportuna, la cual estuvo dirigida a identificar el origen de sus dolencias y lograr su recuperación, pero el desarrollo atípico de su patología impidió que los esfuerzos médicos tuvieran el resultado esperado y falleció el 8 de mayo de 2010, por causa de un dengue hemorrágico (...).”*

Establecido entonces que no existe responsabilidad de la primera demandada, se remite la Sala a los argumentos de la apelación relacionados con la eventual

---

<sup>50</sup> CONSEJO DE ESTADO. SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCIÓN TERCERA. SUBSECCIÓN A Consejera ponente: MARÍA ADRIANA MARÍN. Bogotá, D.C., cuatro (4) de marzo de dos mil veintidós (2022) Radicación número: 73001-23-31-000-2011-00439-01 (48147) Actor: BERTHA BUITRAGO DIAGAMA Y OTROS Demandado: HOSPITAL REGIONAL DEL LIBANO, TOLIMA Referencia: ACCIÓN DE REPARACIÓN DIRECTA

responsabilidad de la Clínica Medilaser en la muerte de Sofía Lorena, por haber tardado mucho su remisión a un centro médico de superior nivel.

A ese respecto, tampoco esta Corporación encuentra que dicho argumento del recurso tenga vocación de prosperidad.

Lo anterior se afirma como quiera que, en la historia clínica del 5 de junio de 2016<sup>51</sup>, se observó que Sofía Lorena ingresó a la Clínica Medilaser de Florencia a las 11:00:46 pm y, casi de inmediato, se ordenó la toma de exámenes de laboratorio, diagnósticos y, se consultó el caso por parte de la médico general Luz Helena Moncada Suaza<sup>52</sup>, con el pediatra de turno; también, ese mismo día a las 11:23 pm y, 11:31 p.m. se ordenaron paraclínicos complementarios<sup>53</sup>, mientras que a las 12:03 p.m.<sup>54</sup> del 6 de junio<sup>55</sup>, fue revisada por médico general y, 30 minutos después, esto es, a las 12:33 pm<sup>56</sup>, la menor fue evaluada por el médico pediatra Sandino Miguel González Cerón, quien ordenó concepto del médico cirujano general y, la remisión de la paciente a una UCI Pediátrica, veamos:

INTERCONSULTAS:		
Código Servicio	Servicio	Cantidad
890402	INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA	1
Observaciones:		

  

RECOMENDACIONES:	
1. OBSERVACION - MONITORIZACION	
2. OXIGENO POR CAMARA CEFALICA 40%	
3. SONDA VESICAL A CISTOFLOW	
4. SONDA OROGASTRICA ABIERTA N 10	
5. REMISION A UCI PEDIATRICA	

  

Profesional:	SANDINO MIGUEL GRISALES CERON	Identificación:	1029566492
Especialidad:	PEDIATRIA	Nombre:	SOFIA LORENA
Tarjeta Prof. #	193-2006	Apellido:	QUINTERO QUIÑONES

Impreso el 16/06/2016 a las 14:08:50 Por el Usuario 543 - VIVIANA ANDREA CABRERA CABRERA - FLA  
Indigo Crystal.Net - Powered By INDIGO TECHNOLOGIES - to CLINICA MEDILASER S.A. Nit: 813001952-0

  

Ingreso:	1533461	Fecha Historia:	06/06/2016 12:33:00 a. m.	# Autorización:	29222823
Fecha Ingreso:	05/06/2016 11:13:17 p. m.	Causa del Ingreso:	Enfermedad general pediatría		
Identificación:	1029566492	Nombres:	SOFIA LORENA	Apellidos:	QUINTERO QUIÑONES
Número de Folio:	5	Ubicación:	CLINICA MEDILASER S.A FLORENCIA - URGENCIAS FLORENCIA		

TIPO DE ESTANCIA:

En relación con la atención brindada por la Clínica Medilaser, el perito Carlos Blanco González<sup>57</sup>, aseguró que esta había sido oportuna y adecuada, con los recursos que se tenían disponibles en el año 2016, así: *"(...) pero en ese momento con los recursos que se había yo sugiero que se hizo lo que tenían a la mano de hacer, se reanimó, antibióticos y medicamentos que necesitaron y referir inmediatamente hacia una unidad de cuidados intensivos pediátricos con soporte con cirugía pediátrica para poderle dar el manejo, infortunadamente ya eran muchos días de evolución, su condición se había deteriorado mucho y aquí las horas son ya no son los días, si no las horas son súper valiosas en el manejo de estos niños con sepsis abdominal (...) usted ha manifestado que la menor ingresó a la clínica Medilaser con unos síntomas o cuadro complicado, ¿en ese momento que ella recién ingresó a la clínica Medilaser se debía haber*

<sup>51</sup> Fls. 169-280 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

<sup>52</sup> Fls. 172 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

<sup>53</sup> Fls. 172 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

<sup>54</sup> Fls. 177 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

<sup>55</sup> Fls. 173-174 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

<sup>56</sup> Fls. 179 del 01CuadernoPrincipal1.pdf

<sup>57</sup> Archivo 89ActaContinuaAudPruebasLinkGrabacion.pdf. Grabación minuto: 5:39 – 55:39.

**remitido como una urgencia vital o cuál era el protocolo o procedimiento que se debía hacer cuando ella ingresó? Respuesta. Lo primero es estabilizarla, ella llega en malas condiciones, deshidratada, inestable, lo primero es eso, los líquidos endovenosos, arrancar los antibióticos para sepsis y buscar la causa en caso de que el abdomen está distendido, hay que buscar en el abdomen, entonces eso fue lo que se hizo, una vez sabemos lo que hay, un abdomen agudo, es casi que igual que cirugía unos muy pocos no se operan pero un abdomen agudo con sepsis casi que significa cirugía de urgencia y un paciente con sepsis de origen abdominal el cual debe ser llevado a cirugía indiscutiblemente requiere UCI pediátrica, estabilizar es lo que se debe hacer, en ese orden de ideas estabilizar, reanimar, tener el diagnóstico e intervenir, el problema eso es lo que hay que hacer si no se cuenta con el recurso de cirugía pediátrica ni de UCI pediátrica hay que remitir, infortunadamente hay que remitir a otro sitio (...)**” (Negrillas de la Sala).

En el dictamen<sup>58</sup>, a ese respecto, se afirmó:

Sofía Lorena requería manejo interdisciplinario por Pediatría, Cuidado Intensivo Pediátrico y Cirugía Pediátrica, con lo cual no se contaba en ese momento. Su condición era crítica al ingreso y dada la descripción registrada en la historia hubiese sido imprudente cualquier acción en esas condiciones sin haber reanimado adecuadamente y soportado en una unidad de cuidados intensivos. También requería transfusión de hemoderivados. Y la persona idónea para realizar dicha intervención es un Cirujano Pediatra. Debo anotar que los Cirujanos Generales se entrenan en adultos, no tienen la experticia para el manejo de niños, y menos aún de una paciente de 2 años en condición tan crítica.

Considero que Cirugía General tomó una decisión acertada, en consideración que Sofía Lorena se encontraba en una condición crítica, con una alta mortalidad, y la prioridad inicial es la reanimación para compensarla y llevarla en las mejores condiciones a cirugía. Se inició reanimación hídrica exhaustiva, manejo con antibióticos por parte de pediatría, se trató de compensar su shock, y remisión urgente a Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico; una vez se logrará compensar un poco más podría ser llevada a cirugía.

Hay reportes de laboratorio que muestran del día 05 en el sitio inicial de la remisión a Clínica Medilaser trombocitopenia de 51.000 plaquetas, y al ingreso a Medilaser el día 06 se toman laboratorios que describen trombocitopenia en 23.000 plaquetas, van en descenso. En ese momento no se podía intervenir, necesitaba transfusión y compensación.

Ahora bien, en cuanto al trámite de referencia y contra referencia, este Tribunal encontró probado que, el 6 de junio de 2016 a las 0:43<sup>59</sup>, la Clínica Medilaser gestionó el traslado de la menor, no solamente ante su EPS, sino, además, ante las Clínicas Medilaser y Moncaleano de Neiva, así:

<sup>58</sup> Fls. 1 - 15 del 04CuadernoPrincipal4.pdf

<sup>59</sup> Fls. 417 del 02CuadernoPrincipal2.pdf

UCI PEDIATRICA: SOFIA LORENA QUINTERO QUIÑONEZ

---

De : Medilaser Florencia <medilaserfla.referencia2016@gmail.com> lun, 06 de jun de 2016 00:43  
Asunto : UCI PEDIATRICA: SOFIA LORENA QUINTERO QUIÑONEZ 1 ficheros adjuntos

Para : Asmet Salud 3 <soloremisiones@asmetsalud.org.co>, Asmet Salud 2 <soloremisiones.contactcenter@asmetsalud.org.co>, Asmet Salud - Gloria Rojas Jefe <gloria.rojas@asmetsalud.org.co>, Moncaleano <referencia@huhmp.gov.co>, Medilaser Neiva <referenciaclinicamedilaser2016@gmail.com>, Instituto Roosevelt <referencia@ioir.org.co>, Instituto del Corazón - Ibagué <referencia.ici@gmail.com>, Misericordia - HOMI <contrareferencia@fundacionhomi.org.co>, - Referencia y Contrareferencia <ref-contr@cardioinfantil.org>, Referencia Y CONTRAREFERENCIA <referencia.contrareferencia@hospitalinfantildesanjose.org.co>, San Rafael Clínica <referencia@clincasanrafael.com.co>

Buenas noches

Cordial saludo

Envío soportes de remisión del paciente: **SOFIA LORENA QUINTERO QUIÑONEZ - CC: 1029566492**, para la especialidad: **UCI PEDIATRICA**, ya que no contamos con dicha especialidad en nuestra institución.

Dicha solicitud de remisión a UCI pediátrica se reiteró en varias oportunidades<sup>60</sup>, como pudo observarse en el expediente.

En ese orden de ideas, no puede esta Judicatura endilgar responsabilidad a la Clínica Medilaser por la muerte de Sofía Lorena, no sólo porque la supuesta tardanza que se le endilga en su remisión a una UCI Pediátrica no fue la causa eficiente del daño, sino, además, porque se probó que contrario a lo sostenido por la demandante en su demanda y en el recurso, los médicos y el personal administrativo de dicha Entidad pusieron todo su esfuerzo en brindarle atención médica a la pequeña y lograr su remisión a una UCI Pediatra lo más pronto posible.

Justamente en este punto y, en relación con la responsabilidad que, según la parte actora, le asiste a Asmet Salud EPS por no tener una red médica suficiente y capacitada para atender situaciones como la ocurrida a Sofía Lorena, debe afirmarse, una vez más, que tampoco dicho argumento tiene vocación de prosperidad.

Ello, por cuanto en la contestación de la demanda, pudo probarse que la EPS tramitó<sup>61</sup> ante su red de prestación de servicios a nivel nacional, en cual unidad de cuidados intensivos pediátricos pudieran haber recibido a la menor, aunado al hecho que, conforme lo sostuvo el perito Carlos Blanco González<sup>62</sup>, para el momento de los hechos no había en el municipio de Florencia una UCI pediátrica como la requerida por la paciente, sino que la más cercana quedaba en Neiva – Huila, a donde también se intentó remitir a la menor.

Para probar tal afirmación, se reproducirán algunos extractos de correos electrónicos<sup>63</sup> en los cuales, se intentó, por parte de la EPS, ubicar a la menor en una UCI, veamos:

<sup>60</sup> Fls. 408-421 del 02CuadernoPrincipal2.pdf

<sup>61</sup> Fls. 408-421 del 02CuadernoPrincipal2.pdf

<sup>62</sup> Archivo 89ActaContinuaAudPruebasLinkGrabacion.pdf. Grabación minuto: 5:39 – 55:39.

<sup>63</sup> Fls. 408-421 del 02CuadernoPrincipal2.pdf

De : soloremisiones@asmetsalud.org.co                      lun, 06 de jun de 2016 09:54  
Asunto : REMISION URGENTE A UCI                                      3 ficheros adjuntos  
          PEDIATRICA SOFIA LORENA QUINTERO  
          QUIÑONES  
Para : Referencia Contrareferencia Husi  
          <ref-contraref@husi.org.co>,  
          Contrareferencia  
          <contrareferencia@fundacionhomi.org.co>,  
          CLINICA LA ESTANCIA  
          <remisiones@laestancia.com.co>,  
          UCIPEDIATRIAUCIKIDS  
          <UCIPEDIATRIAUCIKIDS@GMAIL.COM>,  
          ESE HOSPITAL SAN RAFAEL  
          <hospitalheliconia01@gmail.com>

Atento Saludo,

Adjunto envío remisión como soporte clínico del paciente SOFIA LORENA QUINTERO QUIÑONES , quien requiere valoración y manejo por CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO .

En ese orden de ideas, no puede afirmarse, como se hace en la demanda y en el recurso, que la causa eficiente del daño sea que Asmet Salud EPS no contara con una red de servicios amplia para garantizar la prestación del servicio de salud, pues de las pruebas obrantes en el expediente se tiene que, dicha Entidad, sí tenía convenios con Centros Médicos que contaran con dicha unidad, pese a que, para cuando la menor fue remitida, su deceso ocurrió a los pocos minutos.

- **De la falta de legitimación en la causa por activa**

Finalmente y, en punto de la declarada falta de legitimación en la causa por activa de los tíos de la menor, es decir, los señores Jorge Eliécer Quiñones, Hermilda Quiñones y, María Irene Quiñones, debe esta Sala remitirse a lo sostenido por el Consejo de Estado<sup>64</sup> en relación con dicha figura, así: “(...) *La legitimación en la causa por activa supone la verificación de que quien demanda tenga la titularidad para reclamar el interés jurídico que se debate en el proceso y, por lo tanto, sin importar si son o no procedentes las pretensiones elevadas –lo que supondrá efectuar un análisis de fondo de la controversia a la luz del derecho sustancial– sí sea el llamado a discutir su procedencia dentro del trámite judicial (...)*”.

A ese respecto, la Jueza de Primera Instancia argumentó que, “(...) *si bien se acreditó el parentesco, no existe un medio de convicción que dé cuenta, verdaderamente, que padecieron un sufrimiento derivado de la muerte de la menor Sofía Lorena Quintero Quiñones, pues para los sobrinos, primos y tíos no se aplica la presunción del dolor y, como consecuencia de ello, debe acreditarse el grado de aflicción que provocó el hecho dañoso, postura que está soportada en los criterios fijados por la jurisprudencia del Consejo de Estado (...)*”.

Sin embargo, tal y como lo sostuvo el apelante, el hecho que no se haya probado -como se afirmó en la sentencia apelada- que, los tíos de la menor sufrieron cierto grado de aflicción, ello no implica que, se encuentra deslegitimados para acudir ante esta

<sup>64</sup> CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION C Consejero ponente: ENRIQUE GIL BOTERO Bogotá, D. C., veintiséis (26) de septiembre de dos mil doce (2012) Radicación número: 05001-23-31-000-1995-00575-01(24677) Actor: MARTHA LUCIA BEDOYA VERA Y OTROS Demandado: NACION - MINISTERIO DE DEFENSA, POLICIA NACIONAL Referencia: ACCION DE REPARACION DIRECTA.

Jurisdicción pues, para ello, basta con probar su grado de parentesco, lo cual, es diametralmente distinto que, encontrar o no probado el perjuicio cuya reparación se pretende.

No obstante, como quiera que la Sala confirmará lo decidido por la Jueza Quinta Administrativa del Circuito el pasado quince (15) de diciembre de 2022, no se observa necesario efectuar consideraciones adicionales a ese último respecto.

En conclusión, como quiera que, no pudo probarse que la actuación de la E.S.E. María Inmaculada de Florencia, Clínica Medilaser y, Asmet Salud EPS, fueran la causa eficiente del daño, constituido en la muerte de Sofía Lorena Quintero Quiñones el 6 de junio de 2016, esta Sala confirmará la sentencia proferida el quince (15) de diciembre de dos mil veintidós (2022) por el Juzgado Quinto Administrativo del Circuito de Florencia.

## COSTAS

Finalmente, frente a la condena en costas -y para resolver también este argumento del recurso de alzada-, debe recordarse que a la luz del CPACA y del CGP, el Consejo de Estado – Sala de lo Contencioso Administrativo - Sección Segunda - Subsección A, en sentencia del diez (10) de mayo de dos mil dieciocho (2018), siendo consejero ponente: WILLIAM HERNÁNDEZ GÓMEZ, se afirmó lo siguiente:

*“Sin embargo, en esa oportunidad la Subsección A, varió aquella posición y **acogió el criterio objetivo** para la imposición de costas (incluidas las agencias en derecho) al concluir que no se debe evaluar la conducta de las partes (temeridad o mala fe).*

**Señaló que se deben valorar aspectos objetivos respecto de la causación de las costas, tal como lo prevé el Código General del Proceso, con el fin de darle plena aplicación a su artículo 365. El análisis realizado por la Sala en esa oportunidad arrojó, entre otras las siguientes conclusiones:**

- a. *El legislador introdujo un cambio sustancial respecto de la condena en costas, al pasar de un criterio “subjetivo” –CCA- a uno “objetivo valorativo” –CPACA*
- b. *Se concluye que es “objetivo” porque en toda sentencia se “dispondrá” sobre costas, es decir, se decidirá, bien sea para condenar total o parcialmente, o bien para abstenerse, según las precisas reglas del CGP.*
- c. *Sin embargo, se le califica de “valorativo” porque se requiere que en el expediente el juez revise si las mismas se causaron y en la medida de su comprobación. Tal y como lo ordena el CGP, esto es, con el pago de gastos ordinarios del proceso y con la actividad del abogado efectivamente realizada dentro del proceso. Se recalca, en esa valoración no se incluye la mala fe o temeridad de las partes.*
- d. *La cuantía de la condena en agencias en derecho, en materia laboral, se fijará en atención a la posición de los sujetos procesales, pues varía según sea la parte vencida el empleador, el trabajador o el jubilado, estos últimos más vulnerables y generalmente de escasos recursos, así como la*

*complejidad e intensidad de la participación procesal (Acuerdo núm. 1887 de 2003 Sala Administrativa del Consejo Superior de la Judicatura).*

e. *Las estipulaciones de las partes en materia de costas se tendrán por no escritas, por lo que el juez en su liquidación no estará atado a lo así pactado por éstas.*

f. *La liquidación de las costas (incluidas las agencias en derecho), la hará el despacho de primera o única instancia, tal y como lo indica el CGP, previa elaboración del secretario y aprobación del respectivo funcionario judicial.*

g. *Procede condena en costas tanto en primera como en segunda instancia.*

*Ahora bien, en aplicación de las consideraciones atrás citadas, y en atención a las premisas fácticas y legales del caso sub iudice, se considera que la decisión sobre la condena en costas proferida por el Tribunal Administrativo del Cauca se encuentra ajustada a derecho, en razón a que hubo una sola parte vencida con la denegatoria de las pretensiones de la demanda, y además, se encuentran acreditadas las agencias en derecho con la actuación del apoderado de la parte demandante, sin que, contrario a lo afirmado por la entidad demandante, se tenga que verificar mala fe o temeridad de este extremo procesal.”*

También debe considerarse que el artículo 188 del Código de Procedimiento Administrativo y de lo Contencioso Administrativo dispone que *“salvo en los procesos en que se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil”*.

A su turno, el artículo 365 del Código General del Proceso fija las siguientes reglas:

**“ARTÍCULO 365. CONDENA EN COSTAS.** *En los procesos y en las actuaciones posteriores a aquellos en que haya controversia la condena en costas se sujetará a las siguientes reglas:*

*(...)*

*3. En la providencia del superior que confirme en todas sus partes la de primera instancia se condenará al recurrente en las costas de la segunda.*

*(...)”*

Como se negaron las pretensiones del recurso de apelación elevado por el apoderado de la parte actora, es procedente la condena en costas. En cuanto a las agencias en derecho será el equivalente a un (1) s.m.l.m.v de conformidad con el acuerdo PSAA16-10554 de 2016 expedido por el CS de la J, ya que al tratarse de un proceso tramitado ante la jurisdicción contenciosa siempre se debe actuar mediante apoderado judicial tal y como lo señala el artículo 160<sup>65</sup> del CPACA.

---

<sup>65</sup> “Artículo 160. Derecho de postulación. Quienes comparezcan al proceso deberán hacerlo por conducto de abogado inscrito, excepto en los casos en que la ley permita su intervención directa. Los abogados vinculados a las entidades públicas pueden representarlás en los procesos contenciosos administrativos mediante poder otorgado en la forma ordinaria, o mediante delegación general o particular efectuada en acto administrativo.”

## DECISIÓN

En mérito de lo expuesto, en nombre de la República y por autoridad de la Ley, la Sala Cuarta del Tribunal Administrativo,

### RESUELVE:

**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia del 15 de diciembre de 2022, proferida por el Juzgado Quinto Administrativo de Florencia, por las razones expuestas en la parte motiva de esta providencia.

**SEGUNDO: CONDENAR** en costas a la parte actora. Las agencias en derecho será el equivalente a un (01) SMLMV.

**TERCERO:** Una vez en firme la presente providencia, devuélvase el expediente al juzgado de origen, previas las anotaciones de rigor en el Sistema Judicial SAMAI.

**Proyecto de sentencia discutido y aprobado en sala de decisión del seis (06) de marzo de dos mil veinticuatro (2024).**

### NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

**YANNETH REYES VILLAMIZAR**

Magistrada Ponente

(Salvamento parcial de voto)

**EDITH ALARCÓN BERNAL**

Magistrada

**PEDRO JAVIER BOLAÑOS ANDRADE**

Magistrado

**CONSTANCIA:** La presente providencia fue firmada electrónicamente por la Sala Cuarta del Tribunal Administrativo del Caquetá en la plataforma denominada SAMAI. En consecuencia, se garantiza la autenticidad, integridad, conservación y posterior consulta, de conformidad con el artículo 186 del CPACA. Puede validar la autenticidad del documento ingresando en el siguiente link: <https://samairj.consejodeestado.gov.co/Vistas/documentos/validador.aspx>