



# TRIBUNAL ADMINISTRATIVO

• VALLE DEL CAUCA •

Santiago de Cali, veinticuatro (24) de enero de dos mil veinticuatro (2024)

Sentencia No. 05

<b>RADICACIÓN:</b>	76001-33-33-007-2015-00123-01
<b>MEDIO DE CONTROL:</b>	REPARACIÓN DIRECTA
<b>ACCIONANTE:</b>	MARISOL PAOLA ANGULO QUIÑONEZ Y OTROS <a href="mailto:bcarmenehelen@gmail.com">bcarmenehelen@gmail.com</a> <a href="mailto:baronabastidasabogados@yahoo.es">baronabastidasabogados@yahoo.es</a> <a href="mailto:bcarmenehelen@gmail.com">bcarmenehelen@gmail.com</a>
<b>ACCIONADO:</b>	HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE E.S.E. Y OTROS <a href="mailto:notificacionesjudiciales@previsora.gov.co">notificacionesjudiciales@previsora.gov.co</a> <a href="mailto:notificacionesjudiciales@huv.gov.co">notificacionesjudiciales@huv.gov.co</a> <a href="mailto:vallecauca@emssanar.org.co">vallecauca@emssanar.org.co</a> <a href="mailto:emssanarsas@emssanar.org.co">emssanarsas@emssanar.org.co</a> <a href="mailto:dsancla@emcali.net.co">dsancla@emcali.net.co</a> <a href="mailto:notificaciones@gha.com.co">notificaciones@gha.com.co</a>
<b>TEMA:</b>	FALLA EN EL SERVICIO MÉDICO
<b>MAGISTRADO PONENTE:</b>	Víctor Adolfo Hernández Díaz

## I. OBJETO DE LA DECISIÓN

Conoce la Sala del recurso de apelación formulado por la parte demandante contra la sentencia No. 067 del 26 de mayo de 2020 proferida por el Juzgado Séptimo Administrativo del Circuito Judicial de Cali, que negó las pretensiones de la demanda.

## II. ANTECEDENTES

### 1. La demanda y pretensiones.

Mediante apoderado judicial y en ejercicio del medio de control de reparación directa consagrado en el artículo 140 de la Ley 1437 de 2011, la señora **MARISOL PAOLA ANGULO QUIÑONES** en representación propia y de su menor hija **MELANIE YISELLE VENTE ANGULO**, la señora **MARIA NIDIA LIBRADA QUIÑONES**, **PABLO SAMUEL ANGULO ARROYO** y **LEYDY JOHANA ANGULO QUIÑONES**, presentaron demanda en contra del **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E.**, **EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD “EMSSANAR ESS”** y **LA IPS TODOMED LIMITADA**, a fin de que se declare la responsabilidad administrativa y extracontractual por los perjuicios acaecidos con el fallecimiento de la menor María Milagros Angulo Quiñones como consecuencia de la presunta falla en la prestación del servicio médico en casa.

Como consecuencia, solicitan que se condene a las entidades al pago de los perjuicios derivados del daño causado.

## 2. Hechos relevantes.

La menor María Milagros Angulo Quiñones nació el 25 de mayo de 2010 con displasia broncopulmonar, por lo que ingresó en los tres primeros meses de vida en cuidados intensivos con recuperación favorable; al cumplir un año tuvo su primera recaída y dos meses en el Hospital Universitario del Valle por dificultades respiratorias.

El 26 de mayo de 2012 fue necesario ponerle un tubo de traqueotomía para mejorar su calidad de vida; el 12 de abril de 2013 fue intervenida quirúrgicamente para poner molde laríngeo, le recortaron faringe y tráquea para evitar adherencias o inflamaciones y se indicó que tal dispositivo le sería retirado el 26 de junio del mismo año.

El Hospital Universitario del Valle dio de alta a la menor y ordenó la atención de médico en casa para evitar contaminación e infección en la tráquea, este servicio fue autorizado por EMSSANAR y asumido por TODOMED LTDA, el cual tenía la finalidad de que la menor fuera visitada diariamente por profesionales de la salud los cuales debían realizar terapias y limpiar la zona traqueal de las flemas a través de un respirador portátil para evitar adherencias; igualmente el Hospital Universitario del Valle indicó a la madre la forma como debía retirar dichas flemas en forma manual con solución salina, en caso de no contar con el respirador.

La madre de la menor aduce que los médicos asignados para la visita en casa no asistían con la frecuencia requerida y que TODOMED LTDA no atendió ninguna de sus solicitudes.

El 3 de mayo de 2013 la menor fue consultada por anestesiología en el Hospital Universitario del Valle donde le dieron la orden de su última cirugía, programada para el 26 de junio de 2013. Al medio día, la madre de la menor se dispuso a limpiarle las mucosas, momento en el que esta última empezó a mostrar señales de ahogo y tomó un color morado, por lo que la madre la llevó por urgencias al Hospital Isaías Cansino donde realizaron maniobras de reanimación y luego fue remitida al HUV donde finalmente falleció a las 19:37 horas porque *“flema seca se volvió un tapón de la tráquea y por ende obstaculizó su respiración”*.

## 3. Contestación de la demanda.

**3.1 EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD EMSSANAR ESS.** solicita se nieguen las pretensiones a los actores, toda vez que no se encuentra determinada la falla del servicio en que incurrió la entidad; su función dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud es de naturaleza administrativa y no asistencial, por lo que contrata con una red prestadora de servicios dentro de la capacidad instalada de las E.S.E, hospitales públicos y privados, exonerándose de toda responsabilidad frente a un evento adverso imputable a título de culpa o dolo en el acto médico.

Todas las ordenes médicas fueron autorizadas; los procedimientos, entrega de insumos, medicamentos y exámenes fueron practicados en el momento que los requirió la menor, por lo que no incurrió en falla del servicio por omisión.

**3.2 TODOMED LIMITADA IPS.** Se opuso a las pretensiones de la demanda argumentando la ausencia de nexo causal entre el fallecimiento de la menor y la atención prestada por la entidad; su personal de enfermeras y médicos del área de cuidado en casa actuaron con diligencia, cuidado y responsabilidad, lo cual se desprende de la historia clínica.

La prestación del servicio de atención en casa se realizó por un contrato con EMSSANAR ESS y en los periodos que aduce la demandante que no se prestó el servicio fue precisamente porque no se encontraba vigente el vínculo contractual.

**3.3 HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCÍA” E.S.E.** se opuso a la prosperidad de las pretensiones considerando que no existió relación de causalidad entre la actuación cumplida por el hospital y las complicaciones que sufrió la menor; no hay prueba de que los galenos obraron en contra de la lex artis, por tanto, no hay culpa atribuible a la entidad.

La menor nació el 25 de mayo de 2010 de manera prematura (26 semanas), como consecuencia de un parto inducido por la madre con oxitocina y misoprostol, sin controles prenatales, y desde el nacimiento fue internada en la unidad CIRENA, intubada con oxígeno y puesta en incubadora; las complicaciones sépticas y metabólicas fueron debidamente tratadas por el centro hospitalario hasta estabilizarla, lo que, a su juicio, denota la pericia, diligencia y cuidado en la prestación del servicio.

**3.4 La llamada en garantía LA PREVISORA S.A.** señaló que la demanda no reunía los elementos que estructuran la responsabilidad que pretenden endilgar al Hospital Universitario del Valle, y añadió que la entidad brindó la atención multidisciplinaria requerida por la menor para salvar su vida en todas las ocasiones en que acudió al centro médico.

La atención médica en casa no se encontraba a cargo del hospital, por lo que considera que no puede atribuirse responsabilidad a este por los hechos que presuntamente haya generado la prestación de dicho servicio.

En lo concerniente al llamamiento en garantía solicitó considerar los límites, coberturas y condiciones pactadas en cada póliza, así como las disposiciones que rigen el contrato de seguro.

**3.5 La llamada en garantía SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.** precisó que las actuaciones de los médicos estuvieron acordes a la lex artis, lo que deja sin fundamento la relación de causalidad alegada por los demandantes, pues ello significa que cumplieron con la obligación de medio al realizar los procedimientos requeridos por la menor, oportunamente.

La paciente contó con atención médica especializada en el Hospital Universitario del Valle y en su domicilio a través de TODOMED LTDA, que le suministró el servicio a través de médicos, fisioterapeutas y terapias respiratorias para su cuidado y recuperación, por lo que la muerte no fue consecuencia de una mala atención del hospital en casa si no por patología.

Solicitó tener en cuenta las condiciones particulares pactadas en la póliza suscrita con la entidad demandada.

#### 4. Sentencia de primera instancia.

El *a quo* negó las pretensiones de la demanda bajo las siguientes consideraciones:

*(...)*

*El material probatorio hasta aquí reseñado muestra que, contrario a lo afirmado por la demanda, se cumplieron las condiciones de estabilidad en la salud necesarias para darle salida a la menor MARIA MILAGROS ANGULO QUIÑONES y la diligente atención médica por parte del Hospital Universitario del Valle, que permitió a la niña alcanzar dichas condiciones en sus primeros meses de vida para salir del centro hospitalario, a pesar de las múltiples complicaciones con las que nació, derivadas en parte de la toma de medicamentos abortivos. En efecto, no obra prueba que contradiga el dicho de los médicos, esto es, que indique que la atención por ellos suministrada o la orden de egreso haya sido equivocada con respecto a lo que mandaba el protocolo científico en el caso concreto.*

*De otro lado, se evidencia continua atención por parte de dicho centro hospitalario, como se refleja en la historia clínica que da cuenta de una atención por urgencias el día 4 de febrero de 2011 por dificultad respiratoria donde la madre manifestó que “se esta ahogando (Sic)”<sup>45</sup>, oportunidad en la que debió ser internada hasta el 11 de febrero del mismo año, cuando se da el alta de la paciente, con observaciones claras en cuanto a los cuidados y manejo domiciliario con anotación de seguimiento del caso por el ICBF y acompañamiento del área de trabajo social.*

*(...)*

*Con lo visto, se colige que la entidad demandada Hospital Universitario del Valle atendió a la menor conforme sus padecimientos y que, no había razón médica alguna para mantenerla internada, máxime cuando el galeno ÓSCAR RAÚL LLANOS, relató que: “Lo ideal es que esta niña hubiera permanecido en el hospital un nivel tres, eso hubiera sido lo ideal, pero un niño no puede vivir en un hospital porque existen muchísimos riesgos también en el hospital de infecciones nosocomiales, infecciones que puede tomar en el hospital y eso asociado con lo que tenía pues era definitivo que la niña iba a fallecer.”*

*(...)*

*En segundo lugar, en relación a la atención brindada por TODOMED LIMITADA en torno al servicio de hospitalización en casa se tiene que al proceso se allegaron todos los soportes de atención y seguimiento<sup>49</sup>, donde se aprecian los soportes de visitas médicas realizadas tanto por los galenos como por los terapeutas respiratorios; y aunque el testigo OSCAR RAUL LLANOS en calidad de Coordinador del servicio de atención en casa dio cuenta que la terapeuta DIANA VALENCIA ESTRADA en los últimos días de la vida de la paciente no asistió a su domicilio a practicar las terapias respiratorias prescritas, al interior del proceso no se logró establecer que dichas faltas constituyeran causa eficiente del daño ocasionado.*

*(...)*

*Debe anotarse que la paciente había presentado anteriormente episodios de deficiencia respiratoria tanto en los primeros meses de vida, como se estableció en las anotaciones de la historia clínica, como en la urgencia del 4 de febrero de 2011 cuando tuvo un episodio agudo “Croup” que llevó a la realizar la traqueostomía necesaria para superar la deficiencia respiratoria que tenía y, prueba también de ello es su vital necesidad de contar con oxígeno domiciliario que le permitiera saturarlo de forma adecuada y suficiente.*

(...)

*Como se dijo, la causa de la muerte no fue establecida con suficiencia en este proceso porque las circunstancias que condujeron a ella se determinaron como “no claras” y la parte actora no aportó prueba técnica que permitiera vislumbrarlas. De allí que no pueda atribuirse a la inasistencia de terapia respiratoria en los últimos días de la paciente por parte del personal de la demandada, toda vez que no obran elementos de prueba que establezcan al menos de forma indiciaria que existe un nexo causal entre este hecho y el insuceso; y también, porque la señora MARISOL PAOLA ANGULO QUIÑONES estaba capacitada para realizar la reclamada limpieza sin necesidad del personal de salud. A esa conclusión se arriba de lo relatado por el médico ÓSCAR RAÚL LLANOS...”*

## 5. Recuso de apelación.

La **parte demandante** presentó recurso de apelación con fundamento en los siguientes argumentos:

La Institución Hospitalaria después de salvarle la vida a la menor y lograr estabilizarla no debió ordenar su egreso, pues dadas las condiciones, debía contar con los equipos y el personal idóneo para una atención inmediata de urgencias, por lo menos hasta que se le hubiera practicado la cirugía de taponamiento traqueal, teniendo en cuenta el ambiente de asepsia.

La madre de la menor no era profesional capacitada para realizar la aspiración de flemas y la limpieza que requería diariamente en la zona de la traqueotomía, por lo que tenía orden para una visita mensual de un médico y visita diaria de terapeutas respiratorios, además la cánula que se usó en el procedimiento no era la adecuada para la menor y no obra prueba de que la EPS hiciera la solicitud teniendo a obtenerla.

El servicio de cuidado en casa no fue idóneo; la profesional designada por la IPS para realizar las terapias diarias no asistió por falta de seguridad en el domicilio de la menor y no informó de esa situación a su jefe inmediato para que se designara otro terapeuta, contrario a ello, alteró la planilla de controles con fechas de asistencia y firmas de la madre de la niña, como si hubiese asistido.

Reconoció que la menor presentó un estado crítico de salud desde su nacimiento prematuro, provocado por sustancias que la madre ingirió, sin asistir a controles prenatales, y que la labor del hospital logró salvarle la vida, pero cuestionó el hecho de privarla de cuidado y atención continua al interior de la institución, lo que significó la pérdida de oportunidad en el restablecimiento de su salud.

Solicita que se acceda a las pretensiones de la demanda considerando que, en su criterio, las pruebas que reposan en el expediente dan cuenta de las omisiones en que incurrieron las demandadas y que a la postre dieron lugar al deceso del menor.

## 6. Alegatos de conclusión.

Mediante auto No. 527 del 03 de diciembre de 2020 se corrió traslado a las partes para alegar de conclusión.

Dentro del término legal las partes presentaron escrito de alegatos<sup>1</sup>.

La **parte accionante** insistió en que en el plenario se adosan las pruebas necesarias que acreditan la omisión de las demandadas y por la que resultan responsables del deceso de la menor **MARÍA MILAGROS ANGULO QUIÑONES**.

Por su parte, el **HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE “EVARISTO GARCIA” E.S.E.** insistió en que brindó un servicio de salud en condiciones de oportunidad, diligencia e integridad, buscando mejorar las condiciones de salud de la menor, orientando e instruyendo a su madre sobre los cuidados que debía tener para evitar un evento como el que provocó su deceso, teniendo en cuenta el alto pronóstico de descompensación respiratoria que podía tener la paciente; la falta de éxito en el estado de recuperación de la paciente no obedeció a la gestión de los galenos, atendiendo que se cumplió a cabalidad con la obligación de medios.

**EMSSANAR ESS** enfatizó que no se allegó al plenario prueba alguna que acreditara que el supuesto perjuicio ocasionado a la paciente fuera como consecuencia de la errónea praxis médica, negligencia u omisión en la prestación del servicio médico por parte de la entidad.

La **PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS** solicitó confirmar la sentencia en primera instancia y desestimar los argumentos del recurso, por no desvirtuar la tesis del despacho de conocimiento y no acreditó la responsabilidad administrativa que pretendió endilgar al Hospital Universitario del Valle.

**SEGUROS GENERALES SURAMERICANA S.A.** señaló que las complicaciones presentadas por la menor, a partir de su nacimiento, eran atribuibles a las maniobras abortivas realizadas por la madre y que el servicio de cuidado en casa puso a disposición todos los medios para salvaguardar su vida, adoptando un plan de cuidado con las visitas periódicas y la entrega de insumos con las recomendaciones e instrucciones a la madre, por lo que no hay responsabilidad atribuible a **TODOMED LTDA.**

El **MINISTERIO PÚBLICO** no emitió concepto.

Al proceso se le dio el trámite que corresponde y no se encuentran causales de nulidad que puedan invalidar lo actuado.

### III. CONSIDERACIONES

#### 1. Presupuestos Procesales.

##### Competencia.

La Sala es competente para conocer el recurso de apelación formulado por la parte demandante, toda vez que, en razón de su cuantía y naturaleza, el trámite del asunto correspondía en primera instancia a los Jueces Administrativos del Circuito Judicial de Cali.

---

<sup>1</sup>Expediente digital en Sharepoint.

## 2. Problema Jurídico a resolver.

La Sala establecerá si el daño, entendido como la muerte de la menor **MARÍA MILAGROS ANGULO QUIÑONES**, es imputable a las entidades demandadas por falla en la prestación del servicio médico que requería dadas las afecciones respiratorias que padecía.

## 3. Tesis de la Sala.

La sentencia será confirmada, toda vez que del análisis en conjunto de las pruebas arrojadas al plenario no se logró inferir una responsabilidad por parte de las entidades demandadas, por lo que, a juicio de esta Corporación, si bien se acreditó la existencia de un daño, lo cierto es que el mismo no es atribuible a una mala praxis médica como lo manifestaban los actores.

## 4. Régimen de responsabilidad del Estado aplicable al caso.

La Sección Tercera del Consejo de Estado en providencia del 07 de diciembre de 2021 con radicación No. 05001-23-31-000-2002-02798-01(50954) dispuso frente a los asuntos de responsabilidad en la prestación del servicio médico lo siguiente:

“8. 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. Luego de acudir a criterios como la “falla presunta” o la “teoría de las cargas dinámicas de la prueba”, la 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<sup>2</sup>.

9. Uno de los momentos de mayor relevancia en la prestación del servicio médico es el diagnóstico, pues sus resultados permiten elaborar toda la actividad que corresponde al tratamiento médico. El error de diagnóstico, que conlleva a un error en el tratamiento, ocurre (i) por indebida interpretación de los síntomas del paciente; (ii) por la omisión de practicar los exámenes que resultaban indicados para el caso

<sup>2</sup> Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 31 de agosto de 2006, Rad. 15.772, [fundamento jurídico 4], en Antología Jurisprudencias y Conceptos, Consejo de Estado 1817-2017 Sección Tercera Tomo B, Bogotá, Imprenta Nacional, 2018, pp. 349-350, disponible en <https://bit.ly/3gjduK>.

concreto; (iii) cuando no se agotan los recursos científicos y técnicos al alcance para determinar con precisión cuál es la enfermedad que sufre el paciente; y (iv) por no hacer el seguimiento que corresponde a la evolución de la enfermedad, bien para modificar el diagnóstico o el tratamiento<sup>3</sup>.”

## 5. Traqueostomía en niños<sup>4</sup>

De la literatura médica se ha entendido que la traqueostomía es una cirugía para realizar una pequeña apertura, a través de la piel del cuello y tejidos hacia la tráquea del niño (órgano que conduce el aire a los pulmones). Posteriormente, se realiza la inserción de un pequeño tubo de plástico llamado: cánula de traqueostomía para facilitar el paso del aire a los pulmones

### ¿En qué situaciones se requiere realizar una traqueostomía?

- Cuando un paciente requiere una máquina de respiración (ventilador) durante un período prolongado (generalmente más de una o dos semanas).
- Cuando las vías respiratorias están obstruidas, como por ejemplo: en el cáncer, las lesiones severas de la cabeza, el cuello y otras enfermedades.
- Si se presenta algunas afecciones respiratorias en la cual las vías aéreas se encuentran paralizadas y es necesario extraer secreciones de los pulmones.
- Cualquier otra situación que no permita al personal médico, acceder a las vías respiratorias por la boca del paciente en caso de emergencia.

Los padres deben aprender: actividades de la vida diaria (baño, vestido y juego), cambio de cánula, cuidados del estoma, cambio de cintas, técnica de aspiración; reconocer los signos de alerta, identificar y resolver situaciones de emergencia (obstrucción y decanulación accidental), maniobras de reanimación (RCP) básica y ventilación con bolsa autoinflable; manejo e higiene de los aparatos (pulsioxímetro, aspirador de secreciones y respirador) técnicas de rehabilitación física y estimulación, fisioterapia respiratoria y técnicas de alimentación.

### ¿Qué cuidados se debe tener con la traqueostomía?

La manipulación de la traqueostomía en el hospital debe realizarse con técnica estéril (lavado de manos quirúrgico y guantes estériles); sin embargo, en casa basta una técnica limpia (un minucioso lavado de manos con agua y jabón antes y después).

#### Cambio de cinta:

- Se recomienda realizar una vez al día o más a menudo, si se ensucian. La piel del cuello se debe mantener limpia y seca para evitar irritación, lesión e infección.
- Se debe realizar entre dos personas: una sujeta la cánula y la otra corta, retira la cinta usada y enhebra la nueva en los agujeros de las alas; la cinta se debe cortar en diagonal para facilitar esta maniobra.
- Se ata la cinta nueva que debe quedar ajustada al cuello (pero no apretada), permitiendo introducir dos dedos entre la cinta y la piel.

<sup>3</sup> Cfr. Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 27 de abril de 2011, Rad. n°. 19.846 [fundamento jurídico 2.2].

<sup>4</sup> <https://valledelili.org/wp-content/uploads/2020/07/Cuidados-de-la-traqueostomia-Cuidando-de-ti.pdf>

### **Cuidados del estoma, piel circundante y del cuello:**

- El estoma y la piel circundante deben permanecer siempre limpios y secos para evitar lesiones e infección.
- Limpiar la piel con agua y jabón, una vez al día.
- Retirar las secreciones secas y pegadas, con gasas estériles humedecidas con agua destilada o solución salina, evitando el estoma para posteriormente secar suavemente.
- Cubrir la zona con un pequeño babero para protegerla de la humedad y de las secreciones traqueales.
- Elaboración del babero: pegar dos apósitos estériles entre sí y realizar un corte desde la mitad de un lado hasta el centro y se introduce por debajo de las alas de la cánula; este apósito no debe ser muy largo ya que si se vuelve podría obstruir la cánula.
- No utilizar cremas o pomadas rutinariamente porque pueden lesionar la zona.
- Vigilar estrechamente los signos de infección (inflamación, irritación, dolor, salida de secreciones). Si están presentes, consulte con el médico de cabecera

### **Aspiración de secreciones:**

El aspirado de secreciones lo realizará, la mayoría de las veces el profesional en terapia respiratoria, pero como cuidador se debe tener un entrenamiento para poder aspirar al niño cuando lo requiera. Tenga en cuenta los siguientes aspectos referentes a la aspiración de secreciones:

- Sirve para retirar las secreciones como: sangre, vómito o cuerpos extraños, manteniendo la vía aérea permeable.
- La traqueostomía puede reducir la efectividad de la tos y al actuar como cuerpo extraño, puede estimular la producción de secreciones, es por esto, que la frecuencia de aspiración depende en cada paciente (situación clínica, eficacia de la tos, enfermedad de base y edad).
- Las cánulas pequeñas de los lactantes tienen más posibilidades de obstruirse que las de mayor tamaño, por lo que será preciso aspirarles con mayor frecuencia.
- En niños sin secreciones evidentes, se recomienda aspirar dos veces al día para comprobar la permeabilidad de la cánula.

### **¿Cuáles son los riesgos de tener una traqueostomía?**

Aunque las traqueotomías son procedimientos seguros, pueden presentarse algunos riesgos a corto o largo plazo como:

- Sangrados alrededor del sitio de la incisión (hematomas), lesión de los nervios alrededor de la tráquea, desplazamiento u obstrucción del tubo de traqueostomía, infección alrededor de esta o en la tráquea, entre otros.

## **6. Análisis probatorio - Daño e imputación.**

La parte actora logró acreditar el **daño**. En el expediente reposan los siguientes documentos:

- Registro Civil de Defunción con indicativo serial No. 07488413<sup>5</sup> de la menor María Milagros Angulo Quiñones, quien falleció el 3 de mayo de 2013 a las 19:37 horas en la ciudad de Santiago de Cali.

- Historia Clínica No. 2088756<sup>6</sup> del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” E.S.E. en la que se consignó el 03 de mayo de 2013 lo siguiente:

“... paciente que presenta rápidamente deterioro de su estado general con signos de hipoperfusión nuevamente frialdad distal, pulsos débiles, con disminución de tensión arterial (...) paciente que persiste en malas condiciones (...) hace paro cardiaco con asistolia, se inicia maniobras de reanimación avanzada masaje cardiaco (...) paciente que no responde pupilas dilatadas no pulso no actividad eléctrica fallece 7:37 pm. (Sic)

Paciente con muerte de causa no clara, menos de 24 horas de ingreso a la institución por lo cual se decide enviar a morgue, y solicitar necropsia medico legal (sic) (...)”

Lo anterior permite concluir que se encuentra acreditado el daño, debiendo verificar con el análisis posterior si es antijurídico.

Respecto del nexo causal existente entre las entidades y la producción del daño, se resalta lo siguiente del material probatorio:

- Historia clínica No. 2088756 del Hospital Universitario del Valle<sup>7</sup>:

“FECHA DE INGRESO-HUV: 25-05-2010

**Atendió parto vaginal pediatría. Edad gestacional 24 semanas, peso 790 gm, talla 33 cm, PC 25 cm, peso/edad: apropiado para la edad. (...)**

**Recién nacido madre de 20 años, emb 24 ss (...) trabajo de parto inducido al parecer por la paciente con oxitocina y misoprostol, no CPN, no paraclínicos. (...) nace el 25-05-10 a las 21+40 (...)**

(...) se traslada a CIREN, ingresa intubada + 02 x cámara, hipotérmino, con Silverman 5. Hipoventilado en ACP, ritmo regular, abdomen blando, depresible, no distendido, normotensa.

**IDX: prematuro 26 ss / EMH / sepsis probable (madre sin CPN) / hipotermia.**

**P / TPN, incubadora doble pared. Ampicilina / gentamicina / surfactante / aminofilina / gases arteriales, CH, PCR, HVI.**

(...)

30-05-10

(...)

14+00

**A/P: paciente con evolución clínica estable, hemodinamicamente esta con leve mejoría de dificultad respiratoria, hoy en día 5 de tto antibiótico con ampi-genta, por ser prematuro de 26 ss y maniobras abortivas de la madre, cuenta con paraclínicos dentro**

<sup>5</sup> Folio 3 del cuaderno 1<sup>a</sup> del expediente físico.

<sup>6</sup> Folios 11 y siguientes del cuaderno No. 2 del expediente físico.

<sup>7</sup> Cuaderno 6 del expediente físico.

de límites normales, se decide continuar tto antibiótico por antecedente descrito y pendiente ecocardiograma.

(...)

08-06-10

“...sin soporte inotrópico, ventilación mecánica, no tolera vía oral. Adecuada diuresis (+), abd blando con deposiciones (+). Se reinicia estímulo enteral (...) en revista se decide eco doppler de vasos renales, inicio de propanolol (sic)”

(...)

23-06-10

“... Paciente que en horas de la mañana presento episodio de desaturación llegando hasta el 33 % requirió estimulación con lo cual ha respondido, actualmente se encuentra en incubadora con O<sub>2</sub> por cánula nasal, rosado, activo y reactivo a estímulos TPN y en proceso de iniciar vía oral (...) Fontanelas normotensas, escleras anictéricas, mucosas húmedas, ruidos cardíacos rítmicos, no soplos, murmullo vesicular disminuido, se ausculta soplo tubárico bilateral, abdomen levemente distendido no marcación de asas, depresible, no doloroso, genitales sin alteraciones, extremidades sin alteraciones. A/P: paciente con evolución inestable que presento apneas + desaturación en horas de la mañana, no se ha podido trasladar a UCI por no disponibilidad de cupo, por el momento continúa igual manejo clínico y vigilancia estricta... (Sic)”

(...)

24-06-10

“... A/P: paciente con evolución clínica muy tórpida, con varios episodios de apnea, el día de ayer sin signos de dificultad respiratoria, se decide iniciar estímulo enteral, continuar con antibiótico y se decide solicitar Rx de torax por hallazgos al examen físico (...) A/P: paciente continúa con evolución clínica estable, no ha presentado nuevos episodios de apneas con leve ganancia de peso (...) igual manejo médico y vigilancia estricta (...) Paciente conocido por el servicio, con diagnóstico de sepsis probable (...) quien ha presentado evolución clínica favorable, tolerando vía oral, sin distensión abdominal. Se valora en revista (...) y se considera salida por cirugía pediátrica... (Sic)”

(...)

04-07-10

“...A/P: paciente en el momento estable hemodinamicamente, sin nuevos episodios de apneas, pero persiste con episodios de descenso de SO<sub>2</sub> hasta 70%, que mejora espontáneamente, ya fue valorado por neumología pediátrica quienes consideraron que la apnea probablemente es de origen central secundaria a la inmadurez y consideran continuar manejo con aminofilina; para el momento tranquilo tolerando O<sub>2</sub> a 2l/min por cánula y ya realizo deposición el día de hoy, se considera paciente en buena evolución clínica, se continúa igual manejo y vigilancia clínica. No signos de infección adicional, hoy 5l día de tto para displasia broncopulmonar, se deben completar 7 días...”

(...)

04-08-10

“... Evolución cuna (...) A/P: paciente clínicamente estable, no deterioro clínico ni paraclínico, tolerando vía oral, en destete de O<sub>2</sub>, en el momento con cánula nasal para evitar desaturación, se considera continuar igual manejo hasta estabilizar...”

(...)

20-08-10

(...)

Paciente tranquilo, en incubadora, recibiendo O<sub>2</sub> por flujo libre, afebril. FC 170, T 37°, TA 76/38. Mucosas húmedas, fontanela normotensa, cuello móvil, C/P ruidos cardiacos rítmicos, no soplos, MV + en ambos campos sin ruidos agregados. Abdomen blando depresible, no doloroso. (...)

A/P: paciente estable, sin signos de SIRIS, conducta de egreso definida, esperando traslado y O<sub>2</sub> domiciliario.

(...)"

“FECHA DE INGRESO HUV 4 Febrero del 2011 3+36

Motivo de consulta: “tiene ahogo”

...Paciente quien según madre y abuela estaba previamente sana y presento de manera súbita dificultad para respirar +- a las 2 h de hoy, además de “quejido” en el pecho, sin otros síntoma asociado, por lo cual deciden consultar a esta institución (sic). (...)

A: Paciente lactante menor, con antecedente de prematuridad extrema, apnea del prematuro, DAP corregido y EMH, quien presento cuadro súbito de dificultad respiratoria, sin otra sintomatología asociada. (...)

18+00

María Milagros Angulo 8 meses con Dx y tto anotados ha persistido con episodios de estridor ocasional que se exagera con el llanto y polipnea persistente, no fiebre, no deterioro hemodinámico. (...)

A/P: paciente con polipnea, ahora con hallazgos bronco obstructivos, se adiciona salbutamol inhalado a tto actual, se solicitan gases de control en la noche y electrolitos. (...)

09-02-2011

10+30 pm

(...)

A/P: paciente con cuadro de bronquiolitis manejada en esta institución, hoy se realizó remisión a nivel II para continuar manejo medico, pero la madre de la menor no colaboro, manifestando que la quiere llevar a la casa, ero por tratarse de una menor, se decide reactivar la historia clínica y solicitar valoración por trabajo social para definir remisión o salida. Por ahora continua igual manejo medico previamente instaurado.

10-02-2011

10+00

**DX: Croup**

A/P: paciente a quien la madre retiro soporte de oxígeno sin consentimiento del personal de salud, con saturación del 89%, se da educación a la madre sobre la impertinencia de este y del manejo establecido del paciente, además sobre la administración de inhalaciones y puericultura, se solicita valoración por trabajo social, continuar destete progresivo de trabajo social y remisión nivel II.

(...)

Con Dx croup en manejo actualmente con b2 inhalado, se le logro realizar el destete de O<sub>2</sub>. Ahora con SO<sub>2</sub> 93%, FR 44, afebril, sin roncus, sin estertores sin sibilancias. Se revisa con el Dr. Cordoba y se decide dar salida con formula de: salbutamol inh

100 mcg 2 puff c/4 horas. Control c. externa en 48 - 72 horas con pediatría, tiene p/val x t. social.

11-02-2011

11+50

Trabajo social

Se realiza valoración socio familiar e intervención, se acuerdan compromisos con la progenitora, que redundan en bienestar de la paciente. El caso será informado al ICBF para su seguimiento y se solicitará apoyo nutricional de acuerdo a los programas manejados por la entidad.

(...)

Paciente con buena respuesta de manejo instaurado con micronebulizaciones de adrenalina, salbutamol, de O<sub>2</sub> por canula, se encuentra en radiografía indica cardioraño elevado, se solicita ecocardiograma reportado como norma, se decide manejo en nivel II de atención.

Estado a la salida del paciente: vivo

Plan de manejo ambulatorio: remisión nivel II, destete de oxígeno, micronebulizaciones con adrenalina y salbutamol.

(...)

CONSULTA EXTERNA 6 Mayo del 2012

“Especialidad: neumología pediátrica

Tipo de cirugía. Limpia

Dx: estenosis subglótica consecutiva a procedimientos / traqueomalacia congénita “anillo vascular??”

Procedimientos: fibrobroncoscopia

(...)

Descripción operatoria: (...) se realiza el procedimiento ingresando por fosa nasal derecha, se observa laringe un poco edematizada pero anatómicamente normal, a nivel del área subglótica se observa estenosis concéntrica que reduce la luz en un 40% (...) se observa traqueomalacia y llama la atención que colapsa más en el lado derecho. (...) no hay evidencia de secreciones purulentas. No hubo complicaciones del procedimiento.”

CONSULTA EXTERNA 14 Junio del 2012

“...Procedimientos: traqueostomía abierta

(...)

Descripción operatoria: tráquea visible normal. Previa asepsia y antisepsia y colocación de campos, incisión horizontal, disección x planos a través de la tráquea hasta visualización de hallazgos puntos de incisión vertical en tráquea y paso de canula #5, se fija se cierra piel con prolene 3.0, hemostasia Procedimiento sin complicaciones... (sic)”

CONSULTA EXTERNA 6 de Diciembre del 2012

Dx: estenosis subglótica - traqueomalacia- RNPT- intubación prolongada - traqueostomía (junio/12) x dificultad respiratoria y falla respiratoria. ERGE

Fue valorada el 29 noviembre/12 y se decide el diagnóstico de estenosis subglótica, por lo cual se hizo broncoscopia llevada a MCL diagnóstica y hallazgos de dilatación.

La paciente tiene canula de TQT de 5mm de diámetro interno y 7 mm externo funcional, llegando a funcionando adecuado para su edad.  
Se explica a familiar y se llena consentimiento informado.

CONSULTA EXTERNA 12 Diciembre del 2012  
ORL-VOZ

(...)

A/P: paciente con Dx de estenosis subglótica por laringoscopia posiblemente secundario a intubación orotraqueal prolongada desde el nacimiento, se evalúa en clínica de voz con el Dr. Angulo y se decide programa para anastomosis traqueal; indicación de manejo cricoides y resección. (...)"

Finalmente, el 3 de mayo de 2013 fue valorada por anestesiología del mismo centro hospitalario, y posteriormente fue atendida por una urgencia vital que desencadenó en su fallecimiento a las 7:37 pm del mismo día

**Testimonios:**

El médico OSCAR RAÚL LLANOS, coordinador del programa de atención en casa de TODOMED LTDA manifestó:

"...Una niña muy pequeña se denotaba tiraje y dificultad respiratoria y ruido al respirar que es típico de la traqueomalasia ... es una enfermedad que puede ser congénita o adquirida, para el caso de la niña fue congénita, en donde hay un cartílago que en vez de ser rígido es gelatinoso, entonces hay mucha dificultad para que el niño pueda respirar normalmente ... no le da el soporte ventilatorio en la traquea que normalmente tiene cualquier recién nacido, además de eso tenía una estenosis glótica que fue adicional a su patología y que también fue determinante para que la niña hiciera una dificultad respiratoria.

(...)

En ese momento todo concepto tiene que basarse en su diagnóstico, como les comentaba es un diagnóstico crítico para una menor adicionalmente una menor que nace con 24 semanas de gestación ... ella permaneció mucho tiempo en incubadora y además tenía unos pulmones inmaduros que son típicos de una paciente que esta prematura ... eso frente a su problema de traquea y su problema de la estenosis glótica empeoraba mucho el caso... lo ideal es que esta niña hubiera permanecido en el hospital un nivel tres, eso hubiera sido lo ideal, **pero un niño no puede vivir en un hospital porque existen muchísimos riesgos también en el hospital de infecciones nosocomiales, infecciones que puede tomar en el hospital y eso asociado con lo que tenía pues era definitivo que la niña iba a fallecer.**

(...)

Otra de las cosas que consideramos era el sitio de vivienda de la paciente, agua blanca en un barrio, no recuerdo si era Mojica o que barrio era pero era muy difícil ... había que estar muy alerta porque la niña había que sacarla de allá en cualquier momento y eso también se consideró por parte de nosotros.

(...)

...El eje fundamental para el manejo de la niña fue la terapeuta respiratoria que era la que tenía que vigilar su proceso respiratorio. La terapeuta respiratoria para el caso de nosotros puede ir 40 - 45 minutos a hacer un procedimiento, las aspira y da recomendaciones, no solamente las recomendaciones, sino que instruye y educa a la familia, aquí en este momento juega un papel muy importante la familia.

(...)

Yo tenía la inquietud de la cánula, la niña tenía una cánula que no le servía, que no era la apropiada para la edad, el tamaño de la niña había una disconformidad en ese sentido, hasta donde yo sé la cánula no se pudo conseguir en Colombia, ni la EPS ni el hospital universitario, porque el hospital universitario también refirió en varias ocasiones que no la pudo conseguir, había que traerla de estados unidos.

(...)”

Sobre la irregularidad en la asistencia de la terapeuta respiratoria a la casa de la menor indicó:

“La verdad es que yo conocí esa situación cuando nos enteramos del fallecimiento de la niña...en parte porque nosotros tenemos 350 auxiliares de enfermería, 300 terapeutas, 25 médicos y uno parte como cuando establece un plan de la buena fe profesional de las personas que trabajan...”

**A la pregunta: puede manifestar al Despacho que nunca hubo ninguna indicación por parte de la familia de la insistencia o de la falta de atención por parte del personal de TODOMED.**

**Respondió: absolutamente, nunca lo hubo... porque no tenemos evidencia escrita ni de alguna reunión, generalmente nosotros cuando hacemos contacto con la familia hacemos un acta en donde nos informe y nosotros intervenimos inmediatamente, esta profesional el mismo 20 de abril fue desvinculada de la empresa.**

**A la pregunta: sírvase precisar al Despacho si la mamá de Maria Milagros Angulo fue instruida para el manejo de las crisis respiratorias que presentaba la menor y si en esos dos o tres días que no fue la terapeuta respiratoria ella podía realizar el procedimiento.**

**Respondió: si, estoy absolutamente seguro de eso, que ella recibió instrucción primero en el hospital universitario porque ahí no van a permitir que a una niña le vayan a hacer atención domiciliaria sin darle toda la instrucción pertinente para el manejo de una cánula.**

A la pregunta: obra en la historia clínica que 15 días antes del fallecimiento de la menor que ocurrió el tres de mayo de 2013 había sido sometida a una operación quirúrgica por parte del servicio de otorrinolaringología del hospital universitario del valle por se establece “recepción de estenosis subglótica anastomosis laringotráquea terminal más colocación de molde laríngeo”, ¿podría explicarle al despacho qué significan estos términos?

**Respondió: Bueno, pues yo lo que pienso es que en vista del plan con que salió la niña del hospital universitario estas correcciones había que hacerlas, esto lo hacen a un nivel especializado como es otorrino y hay que manejarlo un otorrino pediatra para poderlo hacer cirujano-otorrino-pediatra para hacerle estos procedimientos para tratar de manejar su estado clínico, ella estuvo no sé cuántos días estuvo en el hospital universitario después de esa, de ese procedimiento pero el fin de ese procedimiento era pues trabajar sobre esa estenosis subglótica que definitivamente, haga de cuenta que aquí está el tubo donde uno respira, ella tenía más del 50% obstruido, más del 50% obstruido, eso pasaba el aire zumbando por ahí. Fuera del problema traqueal, la estenosis subglótica que vuelvo y repito el problema de inmadurez con que nació, las tres cosas confluyeron a la catástrofe desastrosa.**

**A la pregunta: ¿Indique al Despacho si usted puede establecer de acuerdo a sus conocimientos médicos cuál era el pronóstico de sobrevivida de esta menor de edad?**

**Respondió: Pues el riesgo era alto, el pronóstico era malo, por la patología que tenía la niña, cuando se presenta la traqueomalasia en niños maduros que nacen con un buen peso se puede manejar y se puede (inaudible...) (arreglar) pero aquí es fundamental la inmadurez con que nació es que nacer una bebe de estas las 24 semanas con 790 gramos**

y con 33 centímetros, ustedes conocen lo normal de 37 a 39 semanas los niños generalmente miden 48 - 49 centímetros y tienen unas condiciones completamente distintas, lo más difícil de estos niños inmaduros, prematuros es la inmadurez del pulmón porque hay unas sustancias que producen que el pulmón se pueda expandir abrirse, ahí en los niños inmaduros no existe eso entonces por eso tienen que colocarlos en una unidad a presión positiva, meterlos en una unidad de cuidados intensivos para poder que pase uno o dos meses ahí y que ese sulfatante se produzca y se madure ese pulmón para que el niño pueda respirar, pero fuera de eso nos sale la niña con la traqueomalasia y con la estenosis subglótica, **muy difícil el caso de la niña con un alto riesgo que no hiciera el croup que nos hizo en el hospital universitario, creo que lo repitió en la casa...**".

El doctor MAURICIO ALBERTO AREVALO ZANABRIA, médico pediatra que trabajaba en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Universitario del Valle para la época de los hechos, refirió:

**"...Se trata de una recién nacida que pesa 780 gramos al nacimiento, es una bebecita creo que alrededor de 25 26 semanas de edad gestacional con antecedentes de una mamá que no hace ningún control prenatal y por maniobras abortivas con misoprostol,** llega al hospital universitario donde tiene un agar de 1 y 5 o sea muy bajos o sea asfixia prenatal, se hospitaliza y se le brinda todo lo humanamente posible nosotros ya tenemos la tecnología para, para sacar adelante muchos de estos bebés en muy buenas condiciones, esta bebe dura tres meses hospitalizada en la unidad de cuidados intensivos, hace múltiples complicaciones y finalmente se da de alta con una displasia broncopulmonar para la casa.

(...)

El bebe obviamente, a los prematuros extremos como esta niña son bastante complicado de de (sic) echarlos para adelante, de hecho **la mortalidad de bebés como esta niña ronda un poquito por encima del 50 al 60% o sea la posibilidad era más de morirse que de echar para adelante y más en las condiciones en las que nace esta niña sin control prenatal y sin nada.** Se maneja en el hospital se le brinda absolutamente todo lo que se necesita, ventilación mecánica, antibióticos, nutrición parenteral, manejo por la especialidad, antibióticos, etcétera, etcétera y lentamente la bebe va echando para adelante y se logra dar de alta casi a los tres meses dependiente de oxígeno para hacer su seguimiento obviamente en consulta externa y con manejo en la casa...

(...)

Pregunta: indíqueme al Despacho cual es el motivo que usted considera de que el nacimiento de la niña fue prematuro.

Respondió: la causa fue muy clara para nosotros y fue inducción con misoprostol...

Pregunta: cuál es el efecto frente a la salud del niño que está en proceso del nacimiento

Respondió: son múltiples, primero si nace supremamente prematura se muere... a veces cuando no se logran sus cometidos, el misoprostol daña a los bebés y les produce daño neurológico con micrognatia y con trastornos severos de deglución y succión y retardo mental.

Pregunta: en vista del abortivo que fue ingerido en este caso desafortunadamente por la señora madre, así se desprende de la historia clínica, el diagnóstico con que dio a luz la señora está directamente conectado con el medicamento que ingirió.

Respondió: ...Dentro de las complicaciones que se observan a través de la intubación orotraqueal ocurren las estenosis o edemas subglóticos entonces la obstrucción de la vía aérea es tan severa que lo que se hace, se coloca una cánula de traqueostomía para evitar

esa obstrucción y lentamente se va resolviendo con el pasar de los años o con cirugía o con alguna otra cosa.

**Pregunta:** sírvase por favor indicarle al Despacho cuál fue el diagnóstico de egreso de la bebe después de los tres meses que estuvo en cuidado intensivo y cuál fue el criterio para que siguiera manejada por hospital en casa?

**Respondió:** Los diagnósticos de salida siempre son, la edad gestacional que es una prematura de alrededor de 26 semanas de edad gestacional con peso bajo, displasia broncopulmonar que es el el diagnóstico activo por lo cual se puede mandar con oxígeno y con con (sic) manejo en casa y con controles obviamente en el plan canguero, esos fueron básicos, pero tenía isoductos arterioso, hizo enterocolitis necrotizante y varios episodios de sepsis neonatal...

**Pregunta:** sírvase manifestarle al Despacho si en los tres meses que duró hospitalizada la menor en el HUV el servicio que ustedes le prestaron a ella fue acorde con la lex artis.

**Respondió:** yo creo que el resultado de sacar viva una bebe tan pequeña ya está hablando de un buen manejo y una optimización de todo lo que se hizo con esa bebe, o sea nosotros nos sentimos siempre muy orgullosos cuando sacamos un bebe usualmente por debajo de los 1000 gramos y lo sacamos relativamente bien.

Por su parte el doctor **CARLOS ARMANDO ECHANDIA ALVAREZ**, médico pediatra del Hospital Universitario del Valle, informó:

“...Yo conocí la niña en febrero del 2011 y tenía entre 5 y 8 meses de edad y consultó urgencias, yo trabajo en urgencias, por dificultad respiratoria el 4 de febrero de 2011... llegué a turno esa noche y la encontré mucho mejor a como había llegado a la madrugada y la volví a ver otra vez el 6 y 7 de febrero y ya estaba mucho mejor, tenía un diagnóstico de un CRUC, una laringitis, las cuerdas vocales estaban inflamadas... yo la vi hasta el 7 de febrero y no la volví a ver más y salió el 11 de febrero.

“...Se le salvó la vida cuando nació, nació muy pequeñita de 26 semanas de gestación... se le salvó la vida inicialmente y ya cuando estuvo conmigo en urgencias, cuando yo la atendí en urgencias, era un edema en la glotis y se mejoró del 4 al 11, en 7 días se mejoró, el hospital le brindó solución, la mejoró.”

“...produce mucha dificultad respiratoria porque es acá bien alta el problema, unos mejoran con terapia respiratoria, con medicamentos, otros requieren traqueostomía como fue el caso de la menor que requirió traqueostomía, pero entonces si requirió traqueostomía es porque era un caso muy severo, la prematurez les afecta mucho los pulmones...y estuvo allí tres meses hospitalizada, entonces tuvo que haber salido con secuelas respiratorias y bronquiales de esos tres meses.”

Por su parte el médico pediatra **JUAN CARLOS ROJAS ARANGO**, quien la atendió en los primeros días de nacida, informó:

**Pregunta:** ¿Doctor teniendo en cuenta ese diagnóstico de esa paciente que usted indica que era crítico, considera usted que el manejo que se le dio a esta paciente en la institución fue el adecuado para esa patología que presentaba desde su nacimiento?

**Respondió:** **Excelente, a pesar de las condiciones adversas en las que tuvo, tuvimos que manejar ese paciente por ser una madre que no había tenido control prenatal que había hecho maniobras para propiciar el nacimiento prematuro de su bebe y teniendo en**

cuenta la mortalidad que está descrita en la literatura médica universal que sabemos que la mortalidad de estos pacientes es muy alta por encima del 70 - 80% revisando la historia encontré que es un bebe que salió de los tres meses de edad de la unidad de recién nacidos en unas condiciones bastante buenas para la condición en que había llegado.

(...)

Pregunta:Cuál fue el criterio para darle egreso a esta paciente a pesar de esa dificultad respiratoria, ¿cuál es el criterio para darle salida a esos pacientes?

Contestó: Los prematuros sobre todo si son tan extremos y han requerido manejo ventilatorio, intubación, respirador y todo lo demás, pueden presentar un problema que se llama displasia broncopulmonar que entiendo por la revisión de la historia fue el problema con que egresó este prematuro, las condiciones son que tengan un peso adecuado que hayan tenido ganancia de peso que estén recibiendo vía enteral, es decir, que estén comiendo ya lo suficiente para que tengan las calorías que garanticen su crecimiento y usualmente se van con oxígeno para la casa a través de algún sistema de administración de oxígeno y se hace un control ya ambulatorio, este paciente por lo que pude revisar en la historia tenía esas condiciones...”.

El señor Helder Solarte Arce, gerente y representante legal de TODOMED LTDA desde el 1° de enero del 2015, por lo que tuvo conocimiento de oídas de los hechos de la demanda.

Descendiendo al caso concreto, tenemos que la menor María Milagros Angulo Quiñones nació el 25 de mayo de 2010 con 24 semanas de gestación **en un parto inducido por la madre al suministrarse oxitocina y misoprostol**; fue atendida por múltiples complicaciones como consecuencia del estado prematuro en que nació y estuvo en el área de cuidados intensivos del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” donde le brindaron atención para las patologías que presentaba; la institución médica decidió darla de alta el 20 de agosto de 2010.

Del recaudo probatorio esbozado se evidencia que ciertamente la menor, dada su condición de prematura, nació con deficiencias respiratorias que le significaban un alto porcentaje de mortalidad, no obstante, la atención médica oportuna brindada por los especialistas del HUV le permitieron superar esa etapa de riesgo inminente y lograron estabilizarla al punto de ordenar su egreso del hospital con oxígeno domiciliario y la continuidad de atención médica; aspecto que no es desconocido por la parte actora, pues así lo manifiesta incluso en el recurso de alzada.

Posteriormente, el 4 de febrero de 2011 requirió de atención médica en la misma institución por dificultad respiratoria donde los galenos determinaron que tenía polipnea y hallazgos bronco obstructivos, los cuales fueron superados por el tratamiento hospitalario, pese a ciertas actitudes impertinentes de la madre como fue la negativa a la remisión de la menor al nivel II y retirarle el soporte de oxígeno sin consentimiento del personal de salud, hechos que provocaron la solicitud de valoración por parte de trabajo social, quienes recomendaron seguimiento y apoyo por ICBF.

Así mismo, el 6 de mayo de 2012 se le realizó una fibrobroncoscopia sin complicaciones; el 14 de junio del mismo año se le practicó la cirugía de traqueostomía

tras el diagnóstico de traqueomalacia, la cual se llevó a cabo con normalidad y el 3 de mayo de 2013 asistió a cita de valoración por anestesiología para extracción de cuerpo extraño de laringe, pero a las 17:07 horas del mismo día fue remitida por urgencias pediátricas porque *“mientras la mamá la estaba aspirando la paciente entra de nuevo en dificultad respiratoria es llevada por urgencias al hospital Carlos Holmes Trujillo donde entra en paro cardiorespiratorio, en dicho hospital realizan colocación de tubo ot por traqueostomía y reaniman durante 25 minutos tras los cuales la paciente (sic) sale del paro, por lo que deciden remitir para manejo en nivel 3, la paciente ingresa en muy malas condiciones generales hipoperfundida, sin pulsos distales con pupilas midriáticas no reactivas.”* Y finalmente fallece a las 7:37 p.m. por *“causa no clara...por lo cual se decide enviar a morgue, y solicitar necrosia médico legar (sic)”*

**De lo anterior es dable concluir que la menor nace prematura como consecuencia de las maniobras abortivas de su madre**, por lo que sus pulmones no se encontraban suficientemente desarrollados o maduros y ello produjo deficiencia respiratoria en la bebé; la atención brindada por los profesionales del Hospital Universitario del Valle “Evaristo García” permitió superar las diversas complicaciones y estabilizarla desde su nacimiento, así es reconocido por los testimonios técnicos rendidos en audiencia de pruebas, los cuales indican que la paciente al momento de ordenar su egreso estaba en condiciones estables para el manejo desde su domicilio con oxígeno que proporcionaba la eps, es decir que la actuación desplegada por la institución fue diligente y eficiente, en apego estricto a la lex artis que trata las patologías que aquejaban a la menor.

Ahora, en junio del 2012 se diagnosticó con traqueomalacia, razón por la que los especialistas realizaron una traqueostomía para mejorar la calidad respiratoria de la menor, procedimiento que se efectuó sin dificultades y del que se recuperó satisfactoriamente; el centro hospitalario ordenó su egreso con hospital en casa que la eps autorizó y que llevó a cabo a través de TODOMED LTDA. La parte actora refiere que esta entidad no ejecutó su función de manera acuciosa y que la madre no estaba capacitada para realizar la higiene de la cánula y aspirar las secreciones, lo que desencadenó el episodio de ahogo por el que finalmente falleció.

En el plenario se encuentran los soportes de atención y seguimiento<sup>10</sup> de hospitalización en casa firmados por la señora Marisol Angulo, de los cuales se desprende que a la paciente se le realizó la higiene y control adecuada con su diagnóstico, así mismo el Dr. Oscar Raúl Llanos en su testimonio enfatizó que a la madre se le había capacitado tanto en el HUV como en el domicilio con las recomendaciones y seguimiento que efectuaban los profesionales para que aseara y aspirara a María Milagros, lo que se corrobora con la historia clínica del 3 de mayo de 2013 donde dice que durante el episodio de ahogo la madre estaba aspirando a la menor.

En cuanto a la inasistencia de la terapeuta respiratoria, si bien el Dr. Llanos, en calidad de coordinador de TODOMED LTDA, aduce que la profesional no acudió los últimos días de vida de la paciente, lo cierto es que no fue demostrado en el proceso que esta fuera la causa eficiente del daño que se pretende endilgar a las entidades, toda vez que la causa de la muerte no fue clara, tanto así, que se ordenó la práctica de una

<sup>8</sup> Pág. 12 cuaderno 002 del expediente físico.

<sup>9</sup> Pág. 12 cuaderno 002 del expediente físico.

<sup>10</sup> Cuaderno 003 del expediente físico.

necropsia para esclarecerla y dicho documento nunca fue allegado al dossier, lo que impide a esta Sala de Decisión determinar que ciertamente esas ausencias fueron causa del deceso.

Es menester precisar que, de conformidad con los testimonios técnicos, no era conveniente para la menor permaneciera en el hospital una vez se encontraba estable, existían muchos riesgos de infecciones nosocomiales en el hospital y eso asociado con las patologías congénitas de la niña podía provocar su fallecimiento, por lo que, contrario a lo manifestado en la demanda, la decisión de egreso tomada por los galenos fue acorde a las necesidades de la menor y la *lex artis*, máxime que el procedimiento de traqueostomía la dejaba más expuesta a adquirir infecciones por lo que una de las recomendaciones principales era la asepsia, aspecto que no podía garantizar el hospital.

Con todo, las pruebas allegadas al expediente no permiten tener certeza o llegar al convencimiento de las causas de la muerte de la menor Maria Milagros Angulo Quiñones por lo que, atribuir la responsabilidad a alguna de las entidades demandas resulta imposible; más aún que se evidenció que las atenciones médicas fueron oportunas y diligentes.

Aunado a lo anterior, las patologías de la menor estaban catalogadas de alto riesgo, por lo que podían presentarse eventos súbitos, como los ocurridos posteriores a su nacimiento, el 04 de febrero de 2011, el 12 de junio de 2012 y el día de su deceso, lo que hace menester traer a colación el principio general del derecho de “nadie está obligado a lo imposible”<sup>11</sup>, de ahí que la actividad médica sea una obligación de medios y no de resultados.

Así las cosas, considera la Sala que no existen elementos materiales probatorios de los que se pueda inferir una responsabilidad por parte de las entidades demandadas, por lo que, a juicio de esta Corporación, si bien se acreditó la existencia de un daño, lo cierto es que el mismo no es atribuible a una mala praxis médica como inicialmente lo manifestaban los actores.

En consecuencia, por los argumentos expuestos en precedencia, se confirmará la sentencia proferida en primera instancia.

#### **8. Condena en costas.**

El artículo 188 del CPACA regula la condena en costas y prevé que la sentencia debe disponer sobre su imposición, conforme a la regulación prevista en el Código de Procedimiento Civil hoy Código General del Proceso.

No obstante, atendiendo que mediante auto No. 338 del 7 de junio de 2018 se le concedió amparo de pobreza a la parte actora por encontrar acreditados los supuestos para ello, esta Sala de Decisión se abstendrá de condenar en costas en esta instancia.

En mérito de lo expuesto el Tribunal Administrativo del Valle del Cauca, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

---

<sup>11</sup> T-062/2011

## **FALLA:**

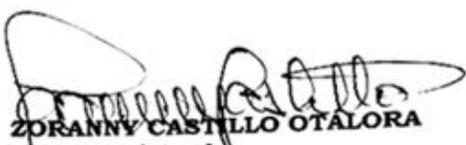
**PRIMERO: CONFIRMAR** la sentencia No. 067 del 26 de mayo de 2020 proferida por el Juzgado Séptimo Administrativo del Circuito Judicial de Cali, que negó las pretensiones de la demanda.

**SEGUNDO: SIN CONDENA EN COSTAS.**

**TERCERO: COMUNICAR** la decisión al juzgado de origen para lo de su competencia mediante anotación en SAMAI y devolución del expediente.

### **NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE**

Providencia discutida y aprobada en Sala Virtual de la fecha, según consta en acta que se entrega a la Secretaría de la Corporación por medios virtuales y suscrita electrónicamente en la plataforma <http://samairj.consejodeestado.gov.co> en donde se puede corroborar su autenticidad.



**ZORANNY CASTILLO OTALORA**  
Magistrada



**JHON ERICK CHAVES BRAVO**  
Magistrado encargado



**VÍCTOR ADOLFO HERNÁNDEZ DÍAZ**  
Magistrado