

Santiago de Cali, 15 de febrero de 2024.

Señora
JUEZ TRECE ADMINISTRATIVO ORAL
CALI, VALLE
E.S.D

ASUNTO. ALEGATOS DE CONCLUSIÓN
MEDIO DE CONTROL. REPARACIÓN DIRECTA
DEMANDANTE. BLANCA RUBIELA LINARES ORTIZ Y OTROS
DEMANDADO. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE, HOSPITAL BENJAMIN
BARNEY GASCA ESE, CLINICA COLOMBIA Y OTROS
RADICACIÓN. 76001 33 33 013 2015 00277 00

Reciba un cordial saludo,

JESSICA MARCELA LOZANO ARENAS, identificada como aparece al pie de mi correspondiente firma, por medio del presente escrito y obrando como apoderada judicial del llamado en garantía Dr. DIEGO ALEJANDRO ESPINAL; me permito presentar, dentro del término oportuno otorgado para el efecto, los **ALEGATOS DE CONCLUSIÓN**, conforme a los siguientes argumentos:

En primer lugar, se debe indicar que no existe discusión en este asunto en punto a los siguientes aspectos:

1. Esta acreditado en el plenario que la paciente, HEIDI LORENA PORTILLA fue atendida en el HOSPITAL BENJAMIN BARNEY en las siguientes fechas:
27 de mayo de 2013
03 de junio de 2013
04 de junio de 2013
05 de junio de 2013. Se dispone remisión al HUV para unidad de cuidados intensivos.
2. Que el día 5 de junio de 2013 la menor HEIDI LORENA PORTILLA ingresó a la CLINICA COLOMBIA, UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS, por remisión del HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE.
3. Que el día 5 de junio de 2013 la menor HEIDI LORENA PORTILLA falleció en la CLINICA COLOMBIA.

De esta forma, se tiene que la discusión en este asunto se contrae en determinar si existe algún elemento que estructure culpa que genere obligación a cargo de mi mandante, llamado en garantía en el presente proceso, para responder por los perjuicios reclamados por la parte actora por la atención brindada a la menor

HEIDY LORENA LINARES en el HOSPITAL BENJAMIN BARNEY el pasado 03 de junio de 2013.

Para establecer lo anterior habrá que entrar a determinar si existe nexo causal entre la conducta médica desplegada por mi mandante y el fallecimiento de la menor HEIDI LORENA PORTILLA, acaecido el día 5 de junio de 2013.

En forma liminar, debe indicarse que no existe fundamento legal ni factico alguno que conlleve a la imposición de condena por responsabilidad con respecto a mi mandante, DIEGO ALEJANDRO ESPINAL en atención a las siguientes situaciones particulares:

1. FALTA DE LEGITIMACIÓN EN LA CAUSA POR PASIVA. Lo cual se concreta por cuanto, como se afirma en la contestación de la demanda y se pretende demostrar con la prueba testimonial arrojada al proceso, mi mandante no brindó atención a la paciente HEIDI LORENA PORTILLA el día 3 de junio de 2013 en el HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA, siendo preciso anotar que, como se ha expuesto con anterioridad, el sistema de historias clínicas digitales que manejaba la entidad para la fecha de ocurrencia de los hechos presentaba fallas y, una de ellas consistía en que las atenciones médicas quedaban registradas a cargo de profesionales de la salud que realmente no las habían brindado, conforme aconteció en el caso de la atención del 3 de junio de 2013 en donde figura como medico a cargo el doctor DIEGO ALEJANDRO ESPINAL, cuando no fue él quien realmente otorgó atención a la menor HEIDI LORENA.

En efecto, se evidencia que la historia clínica aportada en el proceso figura una atención del 3 de junio de 2013 en la que no solo aparece el nombre del Dr. DIEGO ALEJANDRO ESPINAL sino su firma digital, hecho extraño puesto que las firmas digitales en dicha institución solo se implementaron en el año 2014 aproximadamente, sin entender por qué dicha firma se registra en una historia correspondiente al año 2013. Además, para el momento de la atención de la menor HEIDI LORENA el doctor ESPINAL estaba atendiendo a otra paciente, siendo imposible su presencia física y una consulta médica con dos pacientes al tiempo.

Obsérvese como prueba de lo anterior los siguientes documentos y testimonios que obran en el proceso:

1. Registro diario de atención en consulta externa asignado al doctor DIEGO ALEJANDRO ESPINAL para los días 3 de junio de 2013 y 4 de junio de 2013, donde aparecen enlistado los pacientes asignados al citado profesional "HISTORIAS TRIAGES 1, 2 Y 3", destacándose que se asignaron 34 pacientes y ninguno de ellos corresponde al nombre de HEIDI LORENA PORTILLO, no obstante, lo cual, la historia clínica de esta última aparece firmada a nombre de mi poderdante, de forma errada, se reitera.

2. Obra en el expediente historia clínica de la atención de HEIDI LORENA PORTILLO corresponde **al 3 de junio de 2013 con hora de ingreso a las 12:19**; sin embargo, deberá tener en cuenta el despacho que esta paciente, se reitera, no estaba asignada a mi mandante; en cambio, si figura en el registro señalado en el numeral anterior los siguientes pacientes a cargo de mi mandante: **ALEXANDER GOMEZ CARDONA** a quien efectivamente se le atendió por parte del doctor ESPINAL en el servicio de urgencias **el día 3 de junio de 2013 a las 12:07**; paciente **IDELFONSA PEÑA VIDAL** atendida por el doctor ESPINAL en el servicio de urgencias el mismo **3 de junio de 2013 a las 12:25**.

3. Conforme a lo anterior, resulta imposible que mi mandante hubiese atendido a los tres pacientes en los espacios de tiempo ya mencionados, reiterándose que de los tres la única paciente que no figuraba asignada al doctor ESPINAL en el registro diario de atención en consulta de urgencias era la paciente HEIDI LORENA PORTILLA.

4. También constituye prueba de lo aquí alegado, el testimonio rendido por los doctores CLAUDIA LORENA RADA PARDO y OSCAR CHAMORRO, quienes laboraron en el HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA y dieron cuenta de los errores que efectivamente en el sistema de generación de historias clínicas de la entidad, en cuanto señalaron:

CLAUDIA LORENA RADA médico que laboró en el HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA para la época de ocurrencia de los hechos indicó: *“Si había fallas porque se evidenciaban al sacar los documentos de estadísticas. Aparecían pacientes de más o menos. Era un error que figuraba en el consolidado o llegaba hasta la historia clínica. **Si pasaba a veces que en la historia se viera un paciente firmado por alguien que no era el que lo había visto**. Nos dábamos cuenta porque cuando uno veía la historia uno aprende a reconocer la redacción de determinado médico y aparecía a nombre de otro. eso lo veíamos en las reuniones...”*.

También se le consultó a cerca de si la entidad asignaba la atención de pacientes en forma simultánea e indicó *“Pues no podíamos tener dos pacientes atendiendo en forma simultánea. Puede haber ocurrido que ese paciente no había sido atendido por el doctor DIEGO ALEJANDRO ESPINAL, que fuese un error del sistema o que el doctor haya dejado abierto el Loguin...”*

Por su parte el doctor OSCAR CHAMORRO indicó que el sistema que se manejaba en el hospital Benjamín era CABISOF para el manejo de historias clínicas y refirió **que este presentaba falencias, en ocasiones de que no generaba la historia clínica a nombre de la persona que la realizaba y viceversa**. Expresamente acotó: *“...Yo podía estar haciendo una historia clínica y salir a nombre o con sello de otro médico...”*

Además de lo anterior, debe decirse que tampoco habría resultaba procedente la vinculación de mi mandante en este asunto dada la impertinencia e improcedencia del llamamiento en garantía.

2. IMPERTINENCIA E IMPROCEDENCIA DEL LLAMAMIENTO EN GARANTÍA.

No le asiste derecho legal ni contractual al hospital Benjamín Barney Gasca de la pretensión que realiza contra mi representado. Es claro que el hospital Benjamín Barney Gasca pretende garantizar el pago de una eventual condena a través de los profesionales de la salud; petición que es impertinente e improcedente toda vez que no existe ninguna prueba de un actuar gravemente culposo o doloso por parte de mi representado, tal y como se infiere de la misma contestación de la demanda por parte del llamante en garantía quien afirma el correcto actuar de los profesionales que participaron en la atención de la paciente Heidi Lorena Portillo. Adicionalmente no puede perderse de vista que afirma el doctor Diego Alejandro Espinal que éste no participó en la atención de la paciente Heidi Lorena, apareciendo relacionado en la historia clínica por un posible error en el sistema de firmas de historias clínicas, hecho que es atribuible exclusivamente a la institución.

3. INEXISTENCIA DE NEXO CAUSAL ENTRE EL ACTO MÉDICO DESPLEGADO POR MI MANDANTE Y EL DAÑO OBJETO DE REPARACIÓN. ACTUACIÓN CONFORME A LAS LEX ARTIS

Sobre el particular, debe tenerse en cuenta que el juicio de responsabilidad supone el estudio del nexo causal entre la conducta del demandado y efecto adverso que de ella se deriva para el demandante, de ahí que la acción o la omisión de las autoridades debe ser la causa del daño que se reclama en la demanda para imputar responsabilidad al Estado. Este presupuesto de la responsabilidad debe estar debidamente acreditado en el proceso, porque el ordenamiento jurídico no ha establecido presunciones legales frente al nexo de causalidad. Así, si no se prueba la causa que desencadenó el hecho dañoso, no es posible atribuir responsabilidad al demandado.

Por ello, para que las pretensiones de responsabilidad prosperen es necesario que el demandante acredite que la conducta que se le imputa al demandado fue la causa directa y adecuada del daño; así lo ha establecido el CONSEJO DE ESTADO al pronunciarse sobre el juicio de responsabilidad.

Descendiendo al caso de autos, encontramos que los medios de prueba aportados al proceso permiten indicar que no se acreditó la existencia de nexo causal entre la conducta médica desplegada por mi mandante, doctor DIEGO ALEJANDRO ESPINAL y el daño que sufrió la menor HEIDI LORENA PORTILLA, quien lamentablemente falleció.

Se indica lo anterior porque de acuerdo a la historia clínica aportada, no existe evidencia de falla o negligencia del acto realizado por el Dr. ESPINAL en la atención médica que aparece realizada a su nombre el día 03 DE JUNIO DE 2013, pues si se realiza un análisis juicioso de los componentes de la historia clínica logramos evidenciar que la conducta médica adoptada estuvo dentro de los parámetros normales, que le exige la lex artis y los protocolos, coherente con los síntomas que presentaba la paciente HEIDI LORENA PORTILLA para dicha fecha; de lo que además dan cuenta los galenos que rindieron experticia dentro del presente proceso.

En primer lugar, para acreditar lo anterior resulta preciso referirse a la atención inicial que recibió la paciente en el HOSPITAL BENJAMIN BARNEY el día 27 de mayo de 2013 y a la posteriormente brindada en la misma institución el día 3 de junio de 2013, ésta última brindada, según firma digital de historia clínica, por parte de mi mandante:

“...

Fecha y Hora de atención: 27/05/2013

Motivo de consulta:

DOLOR DE CABEZA Y RELAJO

Enfermedad Actual:

PACIENTE CON CUARDO DE CEFALEA INTERMITENTE, ASOCIAL NAUSEAS, NIEGA SINTOMAS C RELACIONADOS NIEGA FIEBRE.

Signos Vitale:

TA. 100/80 FC: 78 FR: 18 Temp. 38.5 Talla: Peso: 64 I.M.C.: 0

Ptorax: 0 Pceta: 0

Examen físico:

Ojos: FONDOS NORMALES.

Tórax: R. R NORMAL NO SOPLOS

CSPS: BIEN VENTILADOS

GENERAL AMBULATORIOS SIN SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR

DX Principal: R43X MAREO Y DESVANECIMIENTO

Causa Externa: M. Enfermedad General

Conducta:

OBSERVACIONES: SE ENVÍA CURVA DE TOLERANCIA A GLUCOSA Y SE ENVÍA CH TTO SINTOMATICO EXPLICO AMPLIAMANTE

RECOMENDACIONES: CONTROL CON RESULTADOS.

...

Laboratorio:

GLUCOSA PRE Y POST CARGA O TES

CUADRO HEMATICO O HEMOGRAMA HEMATOCRITO Y LEUCOGRA...”

Posteriormente, se evidencia consulta de fecha 3 de junio de 2013 (7 días después de la anterior consulta), así:

“ ...

Atención: Fecha 03/06/2013 Hora: 18:50

MOTIVO DE CONSULTA:

DOLOR EN LA GARGANTA FIEBRE.

Enfermedad Actual:

PACIENTE CON 3 DÍAS DE FIEBRE ESCALOFRIO TOS DOLTO ARDOR EN LA GARGANTA DESALIENTO TOS MOQUIADERA

Antecedentes importantes:

NINGUNO

Peso: 65.0 Kg Temp: 37 C Pulso: 116 Min. TA. 100/70 FR: 22 Glasgow: 15/15
I.M. C. 25

...

Examen físico:

Cabeza: FARINGE CONGESTIVA OIDOS ORMALES

Ojos: NORMAL.

Cuello: NORMAL

Tórax: CORAOZN RITMICIO PULMONES BIEN VENTIALDOS

Adbomen: NORMAL

G/U: Norml

Pelvis: NORMAL.

Extremidades: EXREMIDADES BIEN

Neurológico: NORMAL

General: ALGIDA ANTALGICA DECIDA.

IV. CONCEPTO MEDICO:

DX Principal: B349 INFECCIÓN VIRAL, NO ESPECIFICADA

1er DX Relacionado: J029 FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA

OTROS DIAGNOSTICOS: NO

Causa Externa: M Enfermedad General.

Conducta: MEDICO

EXPLIQUE: PPACIENTE CON CUADRO DE FIEBRE ESCALOFRIO DESALIENTO
DOLRO EN GARGANTA MALGIAS DECIMIENTO

RECOMENDACIONES: SE ORDENA DICLOFENACO IN EM URGENCIAS SE
FORMULA ACETAMINOFEN 500 DICLOFENAC IM LORATADINA...”

De las notas clínicas anteriormente transcritas se advierte que se trató de dos momentos diferentes de atención, siendo la última el día 3 de junio de 2013 a nombre del doctor DIEGO ALEJANDRO ESPINAL, con una diferencia de 7 días respecto de la primera y, adicionalmente, se advierte que los signos y síntomas expresados en cada consulta son absolutamente diferentes, no se encuentran asociados y por tanto no se puede hablar de la evolución de un mismo cuadro clínico; siendo preciso acotar, con todo, que en ninguno de los dos momentos, aun cuando se trataba de patologías diferentes, se refiere un cuadro clínico con signos y síntomas de alarma que llevaran a un diagnóstico de gravedad, como tampoco a adoptar una conducta medica diferente a las decisiones médicas dadas cada una de las atenciones allí brindadas.

Lo anterior además tiene soporte científico a partir de los dictámenes periciales rendidos en el presente proceso por parte de profesionales de la salud que sustentaron su experticia en audiencia con la debida contradicción de las partes, así:

Respecto del dictamen rendido por el doctor ANDRES FELIPE JIEMENEZ, el cuál goza de plena credibilidad en tanto que es medico general con experiencia en atención de servicios de urgencias, conviene destacar varios aspectos sobre los cuales brindó claridad con respecto a la atención médica brindada:

Precisa cuales fueron los síntomas por los cuales consultó la paciente HEIDI LORENA PORTILLA el 3 de junio de 2013: "... El motivo de consulta de la paciente es "dolor de garganta y fiebre". Refiere cuadro de 3 días de fiebre, escalofrío, tos odinofagia, astenia y rinorrea, antecedentes patológicos negativos; signos vitales: fc 116 TA 117/70 FR: 22 Glasgow 15/15, examen físico: faringe congestiva, PULMONES BIEN VENTILADOS, demás examen físico normal" ..."

Caracteriza los síntomas, en cuanto al responder la pregunta No. 2 del cuestionario indica que no se trataba de signos de gravedad: **"La paciente en el momento de consultar el día 03/06/13, no presentaba francos signos de falla respiratoria ni cardiovascular, igualmente no se evidencia compromiso de un órgano específico, sus síntomas son más consecuentes con un síndrome viral;** ya que la paciente no cuenta con síntomas y signos como cianosis, sibilancias, estertores, silencio auscultatorio, tirajes de músculos respiratorios, respiración paradójica, ruidos cardiacos accesorios como el S3, soplos o hipotensión sintomática, asociada a palidez mucocutánea, llenado capital lento y diaforesis, los cuales se considerarán como signos de colapso cardiopulmonar que ameritan soporte ventilatorio, **los cuales si se presentaron en la valoración posterior en el hospital de florida y en el HUV, motivo por el cual decidieron realizar intubación orotraqueal...**"

Con relación al diagnostico brindado por el profesional de la salud que otorgó la atención el día 3 de junio de 2013, que en la historia figura a cargo del doctor ESPINAL, el perito ANDRES FELIPE JIEMENEZ precisó en la respuesta a la pregunta No. 3 del cuestionario de informe pericial, lo siguiente: "...3. ¿Considera que el diagnostico dado por el profesional en dicha consulta se adecua al con (sic) cuadro presentado? Respuesta: **sí. Los síntomas de fiebre, escalofrío, tos odinofagia, astenia y rinorrea, sumados a un examen físico sin compromiso de órganos son consistentes con síndrome viral.** 4. Considera que la conducta tomada por el profesional de dicha consulta fue adecuada con el cuadro presentado. Respuesta: **si. El soporte de los síntomas es la piedra angular en el tratamiento de los síntomas virales, ya que no se cuenta con tratamiento específico y por lo general son autolimitados,** a excepción de los cuadro (sic) epidémicos de influenza conocidos recientemente por la sociedad en general y que requieren de un tratamiento antiviral específico, pero en los cuales es de vital importancia un nexo

epidemiológico para su diagnóstico, igualmente al momento de la consulta la paciente no presentaba criterios para diagnóstico de neumonía, laringitis o bronquitis que serían entidades nosológicas de mayor complejidad secundarias a infecciones virales..."

También dejó claro el doctor ANDRES FELIPE JIMENEZ en su experticia que fue debidamente sustentada en audiencia, con la debida contradicción, que antes del 5 de junio de 2013 – fecha en la cual se dispuso la remisión de la paciente en el HOSPITAL BENJAMIN BARNEY- no existían signos o síntomas que indicaran la necesidad imperativa de ordenar remisión: Refiriéndose al 5 de junio dice que *"...Ese fue el único momento en que se presentaron signos y síntomas de algún grado gravedad para la remisión y que adicionalmente la paciente no respondió al tratamiento de primera línea de base que uno tiene para esta sospecha diagnóstica adecuadamente al tratamiento de en ese caso es en el cual de acuerdo con la normativa vigente se debe ordenar la remisión de acuerdo con las normas de referencia y contrareferencia..."*.

También se le preguntó si hubiese sido posible que la paciente con los signos y síntomas que presentó para el 3 de junio de 2013 hubiera sido atendida en una entidad de nivel 2 o 3 y si la conducta médica hubiera sido distinta a la adoptada en el HOSPITAL BENJAMIN BARNEY en la atención presuntamente brindada por el doctor ESPINAL, frente a lo cual manifestó que de acuerdo a la normativa en caso de que una paciente con el diagnóstico que recibió el día 3 de junio de 2013 se presente al nivel 2 o 3 va a recibir un triage que no va a dar lugar para una atención por urgencias, se remite para una cita de control por consulta externa de forma prioritaria o se remite a un nivel 1 de atención donde se le pueda prestar el nivel de atención adecuado y, agrega que, la paciente asistió al nivel 1 para el cuadro clínico que presentaba y recibió el tratamiento adecuado de acuerdo con su diagnóstico. Es decir, se ratifica que no presentaba signos de gravedad, que la sintomatología que tenía podía ser atendida el día 3 de junio en el HOSPITAL BENJAMIN conforme efectivamente aconteció de forma adecuad.

En esta línea de exposición, también se destaca la experticia rendida por el médico internista, JOSE ENRIQUE OSPINA GONGORA, con conocimiento y experiencia en el ejercicio de la profesión y quien también sustentó su dictamen en audiencia con la debida contradicción; informe pericial del que también emerge que la actuación médica desplegada por mi mandante y, en general, por los galenos que otorgaron atención a la paciente en el HOSPITAL BEJAMIN BARNEY GASCA fue coherente con los signos y síntomas que la paciente presentó en cada momento; que para la consulta del 3 de junio de 2013 la paciente no presentaba signos de gravedad, que los galenos emplearon los tratamientos que correspondían de acuerdo a la evolución de la sintomatología y también enseña que evolución de la paciente fue tórpidas y atípicas.

En efecto, en la sustentación de su dictamen pericial el galeno OSPINA GONGORA brinda claridad sobre la coherencia del manejo clínico dado por el médico ESPINAL en la atención brindada a la paciente el día 3 de junio de 2013 en los siguientes términos: “... Yo me había referido que normalmente **la historia de la enfermedad es una historia de una infección de tipo viral que se presenta con mucha frecuencia, la persona empieza con malestar, tos seca, malestar y eso es característica de infección tipo viral respiratorio. Normalmente cuando esas infecciones de tipo viral, sin compromiso de pulmones, ni sibilancias ni estertores, o sea los últimos están claritos. Un cuadro solo con flujo nasal-rinorrea-, malestar o tos seca ocasional, Normalmente en estos casos los manejos que hacemos con consulta externa es un analgésico antipirético que es acetaminofén para controlar dar bienestar al paciente que refiere temperaturas altas y en segundo lugar la loratadina buscamos controlar ese flujo nasal para darle bienestar al paciente...**”

Dejó claro también el galeno OSPINA GONGORA que la paciente HEIDI LORENA PORTILLA el día 3 de junio de 2013 no presentaba signos o síntomas de gravedad que hicieran pensar que pudieran llevar a la paciente a la muerte. “...**No, en ese momento no se pensaba ni se imaginaba el equipo médico que atención que la evolución fuera lo que llamamos evolución tórpida o atípica, porque esa paciente en los días posteriores evidenció un compromiso respiratorio bastante avanzado que comprometió la estabilidad hemodinamia y sobre todo su respiración en ese momento era imposible prever que pudiera tener una evolución tan irregular...**”.

Así, fue solo después de la atención médica que recibió la paciente el en HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA el día 3 de junio de 2013, casi 24 horas después de esta atención, que se presentó un agravamiento de su condición de salud. En efecto, el día 4 de junio de 2013 la paciente volvió a consultar por el servicio de urgencias por malestar general con sensación de disnea, tos, picos febriles que no se habían cuantificado. Al examen físico el médico encontró que presentaba dificultad para hablar y sibilancias audibles (sonido que refleja la dificultad del paso del aire cuando se escuchan los pulmones); la paciente presentaba un cuadro que comprometía su parte respiratoria para lo cual se inició el debido manejo médico con medicamentos, se volvió a valorar por parte del médico a cargo, doctor CRISTIAN BORRERO, no encontró mejoría a pesar del tratamiento, presentaba dificultad respiratoria con taquipnea (respiración muy frecuente) y una saturación de oxígeno al 80% aplicó salbutamol e hidrocortisona adicionada con adrenalina, a las 12:30 se evalúa y al no ver mejoría se remite a nivel superior donde se contara con mejores recursos. Sobre esta atención el perito OSPINA GONGORA indicó que al evaluar el proceder del doctor BORRERO se concluye que fue diligente, adecuado a los protocolos y la decisión de ordenar remitir a una entidad clínica con mejores recursos fue prudente, precisando que en una EPS de primer nivel no había posibilidad de brindarle otro tratamiento diverso a los ya instaurados, dijo que en una entidad de ese nivel ya no hay más posibilidades tanto de manejo clínico

como diagnóstico frente a una situación tan aguda como la que registraba la paciente para ese momento.

Por último, es importante destacar que aunque es claro que la paciente tuvo una evolución negativa de su estado de salud, lo cierto del caso es que no fue posible determinar con absoluta certeza cuál era el diagnóstico que presentaba y que finalmente causó su muerte, precisamente porque la presentación de la sintomatología fue muy atípica, conforme lo advirtió el doctor OSPINA GONGORA, quien explicó, se reitera, que la evolución fue tórpida o atípica, pues fue un proceso muy agudo; es decir, que se reflejó en un periodo corto de tiempo dado que la paciente inicialmente tenía unos síntomas de tipo respiratorio y viral que fue manejado con acetaminofén y loratadina, pero en el momento de la atención del día siguiente (4 de junio de 2013) en un periodo menor a 3 días hubo un agravamiento, lo cual se conoce como agravamiento agudo – en pequeñas porciones de días-; situación está que dificulta el diagnóstico exacto o certero que finalmente había presentado la paciente, siendo en todo caso muy importante advertir que los galenos que brindaron atención a la paciente en el HOSPITAL BENJAMIN BARNEY GASCA en la atención del 3 de junio de 2013 atribuida a mi mandante y la del 4 de junio de la misma anualidad, fueron diligentes, en tanto que le otorgaron el manejo médico que correspondía de acuerdo con los síntomas que la paciente presentó en cada momento; interrogando diagnósticos diferenciales que eran acordes a la sintomatología que presentaba.

Respecto a la forma como se presentaron los síntomas en la paciente y al ser interrogado sobre la posibilidad de determinar cual era el diagnóstico preciso del padecimiento de la menor, el doctor OSPINA señaló en la sustentación del dictamen: *“...No, se trató de un proceso muy agudo de un padecimiento que afectó su sistema respiratorio y que tuvo una evolución muy atípica e irresistible esta situación motivó para que los últimos médicos tratantes intensivistas hubieran requerido incluso la necesidad de una autopsia clínica inicialmente a la fiscalía y posteriormente ante orden emitida para la administración del régimen subsidiado examen con el cual se buscaba saber cuál fue la causa del deterioro tan intempestivo que tuvo la menor. En la información que evalué no tuve acceso al dictamen de autopsia que se haya realizado...”*

Como conclusión, debe decirse entonces que no existe nexo causal entre la conducta médica desplegada por el profesional de la salud que brindó la atención a la paciente el día 3 de junio de 2013 y el evento del fallecimiento de la misma el día 05 de junio de 2013 habida consideración que la para aquella fecha, conforme quedó acreditado, la paciente HEIDI LORENA PORTILLA, no presentaba signos y síntomas de una condición médica grave, que determinaran la necesidad de adoptar una conducta médica distinta a la indicada por el profesional de la salud, quien otorgó unos diagnósticos principales y diferencial acordes con la sintomatología que presentaba para el momento, esto es, infección viral no

especificada y faringitis aguda; respectivamente, otorgando manejo médico adecuado, sin que fuere dable exigirle una conducta médica diferente a esa dado que, se reitera, la paciente no presentaba signos de alarma, no presentaba dificultad respiratoria, no refirió antecedentes de asma y de hecho en la consulta comentó que su cuadro clínico tenía tan solo 3 días de evolución, sin que, como lo pretende el abogado de la parte actora, se pudiera derivar que la condición de salud de la paciente para esta fecha correspondía una evolución de una consulta anterior del 27 de mayo de 2013, dado que, como se ha dicho, el motivo de consulta en ambas fechas es totalmente diferente, por cuadros clínicos diferentes, máxime cuando la paciente refirió en la consulta del 3 de junio que su evolución correspondía a 3 días.

En armonía con lo anterior, es importante señalar que el médico tratante realiza su diagnóstico de acuerdo con la información que proporciona el paciente sobre su sintomatología, así como con la información que indica sobre los días de evolución de sus síntomas y, por su puesto, a partir del examen físico que realiza; particularidades que en este caso corresponden a las que aparecen plasmadas en la historia clínica de fecha 3 de junio de 2013 y, sobre las cuales llama la atención que aparentemente la paciente HEIDI LORENA no brindó información completa y real en aquella consulta, conforme se desprende del contenido de la historia clínica de la CLINICA COLOMBIA en la cual existe una nota clínica de fecha 5 de junio de 2013 que corresponde a la información que proporciona el médico de remisión y se indica:

"...MOTIVO DE CONSULTA

+ REMISIÓN DE HOSPITAL UYNIVERSITARIO DEL VALLE POR DETERIOR NEUROLOGICO ENFERMEDAD ACTUAL.

+ PACIENTE FEMENINA ADOLECENTE CON CUADRO CLINICO CONSISTENTE DISNEA PROGRESIVA QUE REQUIERE INTUBACIÓN OROTRAQUEAL Y REMISIÓN A NIVEL 3 PARA MANEJO EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS; AL MOMENTO DEL INGRESO **MEDICO QUE REMISIÓN COMENTA QUE LA PACIENTE SE ENCONTRABA CON CUADRO CLINICO DE 3 SEMANAS DE EVOLUCIÓN DE SINTOMAS GRIPALES QUE HABIAN SIDO MANEJADOS POR LA PROPIA PACIENTE COMO AUTOMEDICACION** PERO POR DETERIOR DEL ESTADO GENERAL CONSULTA INICIALMENTE A FLORIDA DONDE ES REMITA INICIALMENTE AL HOSPITAL DEPARTAMENTAL QUIENES REMITEN NUEVAMENTE PACIENTE A ESTA INSTITUCION PARA MAJEJO EN UCI. **AL MOMENTO DEL INGRESO IGUALMENTE SE INTERROGA A FAMILIARES DE LA PACIENTE (MADRE Y TIA) QUIENES REFIERE QUE LA PACIENTE SE HABÍA AUTOMEDICADO POR NO QUERER CONSULTAR AL MEDICO INICIALMENTE** Y QUE SE HABÍA IGUALMENTE DESCARTADO EMBARAZO...".

De la nota clínica anterior deviene que, posiblemente la paciente HEIDI LORENA PORTILLA presentaba la sintomatología de un cuadro de gripa desde hacía 3 semanas y que se había automedicado; sin embargo, esta información no fue proporcionada ni en la consulta que tuvo la paciente el 27 de mayo de 2013 ni en la consulta de fecha 3 de junio de 2013; fechas en las cuales se le otorgó el manejo

médico que correspondía de acuerdo a los signos y síntomas por ella indicados y a los hallazgos del examen físico; en el caso de la atención del 3 de junio de 2013 correspondientes a un cuadro viral con una evolución de solo 3 días, al cual se le brindó el tratamiento médico de acuerdo con las guías médicas, avalado por los peritos que rindieron evaluación al acto médico en su respectiva experticia, el cual encontraron como ajustado a las *lex artis*, estaba indicado y que se instauraba para darle bienestar a una persona con un cuadro viral y a la espera de la mejora del paciente.

Luego entonces, el fallecimiento la paciente HEIDI LORENA PORILLA, se presenta como una situación incidental, extraña, que rompe el nexo de causalidad por las siguientes razones:

- El estado de salud de la paciente para el día 3 de junio de 2013 no comportaba signos de gravedad, su sintomatología correspondía a un cuadro viral.
- El profesional de la salud que brindó atención el 3 de junio de 2013 a la paciente otorgó los diagnósticos diferenciales que correspondían de acuerdo a la patología que aquella presentaba para esta fecha: infección viral y faringitis aguda.
- La paciente HEIDI LORENA PORTILLA el día 3 de junio de 2013 No presentaba criterios para ordenarse remisión.
- No había lugar a que el galeno que atendió a la paciente el día 3 de junio de 2013 considerara un diagnóstico diferente o adoptara una conducta médica distinta no solo porque no presentaba signos de alarma sino por cuanto la paciente informó que presentaba una sintomatología con una evolución de solo 3 días anteriores a esa consulta.
- Posiblemente, conforme a lo indicado en historia clínica de LCINICA COLOMBIA el 5 de junio de 2013, la paciente no brindó información correcta en sus consultas, pues en aquella nota clínica se expresa que la paciente HEIDI LORENA tenía un cuadro gripal desde hacía 3 semanas anteriores a su fallecimiento y que se había automedicado antes de acudir a la consulta en el HOSPITAL BENJAMIN BARNEY.
- La evolución de la paciente fue tórpida y atípica, pues su agravamiento se presentó en un término menor a 3 días –evento agudo- conforme lo señaló el perito.
- La presentación atípica de los síntomas y el agravamiento agudo pudo devenir de la automedicación de la paciente, sin tener si quiera conocimiento de cuál era el medicamento que ella venía instaurando a sus síntomas ni con qué frecuencia los tomaba.

Conforme a lo anterior, es claro que mi mandante, doctor DIEGO ALEJANDRO ESPINAL, actuó conforme al estándar de la conducta médica que le era exigible de acuerdo con los signos y síntomas que presentaba la paciente para el 3 de junio de 2013 y que no existe nexo causal entre su actuar médico con el fallecimiento de la paciente, antes bien, del examen del caso y de las pruebas que fueron recaudadas en el proceso es dable indicar que concurren en este caso diversas situaciones que corresponden al alea de la medicina que no están asociadas a una mala praxis medica ni a un comportamiento negligente y, por consiguiente, no comprometen la responsabilidad de mi mandante, como son: la ambigüedad del paciente u ocultamiento de información sobre la evolución de su estado de salud y la automedicación para tratarse sus síntomas; la manifestación tardía, atípica, tórpida o incierta de los síntomas.

Por todo lo anterior, me permito solicitar respetuosamente al despacho se sirva disponer la absolución de mi mandante y se imponga condena en costas a la parte activa.

Atentamente,



JESSICA MARCELA LOZANO ARENAS.
C.C. 31.658.424 de Buga – Valle.
T.P. 193.254 del C.S.J.