



TRIBUNAL ADMINISTRATIVO DEL VALLE DEL CAUCA

Magistrado Ponente: OMAR EDGAR BORJA SOTO

Santiago de Cali, treinta y uno (31) de mayo de dos mil veinticuatro (2024).

SENTENCIA DE PRIMERA INSTANCIA No. 125

MEDIO CONTROL	DE	REPARACIÓN DIRECTA
EXPEDIENTE:		76001-23-33-000-2013-00111-00
DEMANDANTE:		ALBA ELIDA HINESTROZA PALACIO Y OTROS abogarrepresentaciones@hotmail.com kekamon@hotmail.com
DEMANDADA:		-HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA E.S.E. (liquidado) -CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFENALCO VALLE, I.P.S Comfamar Buenaventura -CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA, -DISTRITO DE BUENAVENTURA Deval.notificacion@policia.gov.co gherrera@gha.com.co gusruizz@hotmail.com njudiciales@valledelcauca.gov.co
ASUNTO		responsabilidad médica – amputación miembro inferior - pérdida de oportunidad -accede parcialmente a las pretensiones

I. OBJETO

Decide el Tribunal, a través de la Sala de Decisión conformada por los magistrados **PAOLA ANDREA GARTNER HENAO (E)** **EDUARDO ANTONIO LUBO BARROS** y **OMAR EDGAR BORJA SOTO**, éste último como ponente sobre el medio de control de reparación directa de la referencia.

II. ANTECEDENTES

1. LA DEMANDA

1.1 PRETENSIONES.

“Que la entidades HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA, CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DEL VALLE DEL CAUCA - COMFENALCO VALLE, - Comfenalco Valle I.P.S, I.P.S Comfamar de Buenaventura I.P.S, Comfenalco Valle E.P.S y entidad medica “COMFAMAR - COMFENALCO, CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA, DISTRITO Y/O MUNICIPIO DE BUENAVENTURA” según corresponda - Secretaria De Salud Distrital De Buenaventura, Clopad, CENTRO INTEGRAL DE SERVICIOS DE BUENAVENTURA COMFAMAR - COMFENALCO, sede del Pailón, MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL, POLICIA NACIONAL, cuyos domicilios y representaciones ya se han dejado establecidos anteriormente, en su calidad de personas y entidades que tuvieron que ver, de una u otra manera, con la atención del servicio, procedimientos, atención médica, prestación del servicio y dictámenes que se le practicaron y emitieron y demás atenciones y/o procedimientos todos son responsables y/u obligados legalmente a responder e indemnizar, de manera solidaria y mancomunada, de todos los daños y

perjuicios, de todo orden, ocasionados a la joven CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO y a sus familiares más próximos allegados y que comparecen en este acto, BRAYAN ADRIAN HINESTROZA PALACIO, LUIS MIGUEL HINESTROZA PALACIO, ALBA ELIDA HINESTROZA PALACIO, DAMARIS HINESTROZA PALACIO, NALIA MERCEDES HINESTROZA PALACIO, VICTOR HINESTROZA PALACIO; de condiciones civiles ya anotadas, como consecuencia de toda la serie de procedimientos, omisiones y/o circunstancias que **generaron la amputación de una de sus piernas - lado derecho ocasionándoles múltiples daños y las lesiones que padece.**

Que como consecuencia de la anterior consideración, las entidades y/o personas ya debidamente reseñadas, de notas y demás condiciones civiles ya expresadas, deben proceder a pagar, de manera solidaria e íntegramente a todos los afectados por dichos daños y perjuicios, de orden material e inmaterial, - lucro cesante, daño emergente, moral, fisiológico y de su vida de relación generados, y en las siguientes cantidades de dinero:

a.) Por DAÑO MATERIAL, esto es, el daño emergente y el lucro cesante, la suma de CUATROCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$400'000.000) moneda legal, constitutivos de todos los gastos hasta ahora sufragados, de transporte, alquiler de silla de ruedas, contratación para la asistencia personal, medicamentos los diferentes gastos médicos que demanden, servicios y cosas que ha tenido que contratar y comprar, entre otros y los dineros dejados de percibir y los que dejaran de percibir como consecuencia de su incapacidad, limitación, improductividad e imposibilidad de laborar y percibir los honorarios profesionales y emolumentos monetarios que regularmente recibía como contraprestación, por las diversas obras que contrataba y realizaba; la evidente mengua, disminución o reducción de su capacidad de laborar físicamente en las diferentes actividades en que se desempeñaba, y por un lapso que comprende muchos años de vida activa, etc., y teniendo siempre en cuenta su corta edad de vida y en general todo aquello asumido y dejado de percibir por este concepto;

b.) Por DAÑO FISIOLÓGICO constitutivo de todos los gastos que se sufragarán en el futuro para lograr su recuperación, servicio médico y con personal especializado, prótesis, medicamentos, implementos que deban suministrarse y los que vendrán y habrán de proporcionarse; terapias que se deberán realizar, y durante el lapso necesario el valor de CIEN SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES, determinados en la actualidad en la suma de (58'950.000);

c.) Por concepto del DAÑO EN LA VIDA DE RELACIÓN sufrido por mi cliente, joven CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO: el valor de CIENTO CINCUENTA SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES, determinado en la actualidad en la suma de (\$ 88'425. 000) toda vez que no se permite volver a ser "normal", en los términos usados socialmente; las diferentes secuelas, el cuadro médico los síntomas que presenta han afectado su vida sexual, su vida familiar, su vida íntima, su vida social y en general todo su entorno amén de la perdida funcional de carácter permanente en el órgano de la marcha, las diversas cicatrices físicas que afectan y afectarán por siempre la armonía y la estética corporal; además su situación personal en el ámbito amoroso que han afectado y afectarán su vida sexual; los percances y traumatismos que en la vida de CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO conllevará el tener que ser dotado de una prótesis física, y que inciden e incidirán, sin duda, en toda su vida futura, sin permitirle volver a ser "normal", en los términos usados socialmente; y que lo obligan a ser en lo sucesivo blanco constante e inadvertido de todas las miradas ajenas provenientes de sus prójimos, obligándolo a utilizar de manera permanente pantalón largo, o a contestar los consabidos interrogantes que se le planteen sobre lo sucedido, los cuales no hacen ni harán más que rememorar los ingratos, tristes y sufridos momentos que fueron vividos; e impidiéndole llevar una vida normal y plenamente activa, por el resto de sus días de vida.

d.) Por concepto del DAÑO MORAL, sufrido por mis clientes, teniéndose en cuenta además los cambios sufridos respecto de las condiciones médicas relacionadas con la salud de la joven CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO y todo el cumulo de circunstancias dolorosas el valor de DOSCIENTOS SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES moneda legal, determinados en la actualidad en la suma de (\$117'900.000), para la convocante CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO, y el resto de

los convocantes madre, hermanos e hijos de la lesionada anteriormente mencionada los señores y menores DAMARIS HINESTROZA PALACIO, NADIA MERCEDES HINESTROZA PALACIO, VICTOR HINESTROZA PALACIO, ALBA ELIDA HINESTROZA PALACIO - menores - BRAYAN ADRIAN HINESTROZA PALACIO y LUIS MIGUEL HINESTROZA PALACIO, el valor para cada uno ellos de CIEN SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES, los cuales determinados en la actualidad corresponden a la suma de (\$58'950.000) que deberán reconocerse a cada uno de estos convocantes. En este orden de ideas, se precisa que se deberá reconocer a la señora CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO, el valor que calculado a la fecha corresponde a la suma total de (\$117'900.000) y al resto de los convocantes un valor que en su totalidad y calculado a la fecha corresponde a la suma de (\$353'700.000) Todo lo cual arroja un valor total por concepto de daño moral de todos los convocantes que calculado en la actualidad corresponde a la suma de CUATROCIENTOS CINCUENTA Y TRES MILLONES TRECIENTOS SESENTA MIL PESOS, (\$471'600.000), el cual es el cálculo monetario del daño que en este sentido ha sido ocasionado a mis representados y constitutivo de la reparación necesaria proveniente del intenso dolor y sufrimiento en vista de los graves trastornos emocionales causados a mi representados por todo lo sucedido; la evidente y clara pesadumbre emocional de cada uno de ellos a más de la imposibilidad de la joven CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO de atender debidamente a sus menores hijos aunada a la frustración por la limitación de proveerles lo necesario para su sostenimiento, soñar y proyectarse económicamente hacia el futuro, el sufrimiento que le produce la incertidumbre de no contar con una ayuda para proveer el sustento teniendo en cuenta que ha sido y es en la actualidad madre cabeza de hogar y la única persona con quien cuenta sus menores hijos, toda vez que el padre de los menores, se ha desaparecido nunca ha hecho presencia como tal y no cumple con sus obligaciones como progenitor y por los intensos dolores padecidos generados por el nuevo estado médico de la perjudicada directa CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO; la limitación e incapacidad de la citada joven de desempeñarse idóneamente en actividades productivas y laborales, la perdida funcional de carácter permanente en el órgano de la marcha, las diversas cicatrices físicas y la forma actual que afectan y afectarán por siempre la armonía y la estética corporal; los cambios en el comportamiento de la mencionada joven y los traumatismos que quedan sentados durante toda su vida y la ineludible situación de tener que contestar los consabidos interrogantes que se le planteen sobre lo sucedido, los cuales no hacen ni harán más que rememorar los ingratos, tristes y sufridos momentos que fueron vividos; e impidiéndole llevar una vida normal y plenamente activa, por el resto de sus días de vida, amén de otras circunstancias que han generado este daño.

(...)

1. Que las entidades y personas demandadas, ya debidamente enumeradas y ordenadas, representadas legalmente como ya quedó establecido, en su condición de obligadas a responder por el nexo legal habido y generado con la joven CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO, son administrativamente responsables, y por tanto obligadas legalmente a indemnizar, de manera solidaria y mancomunada, todos los daños y perjuicios, de todo orden, materiales y morales, fisiológicos y de la vida de relación, ocasionados a cada uno de mis clientes prohijados, de notas y demás condiciones civiles ya anotadas, producidos todos ellos como consecuencia directa del accionar carente de la debida y necesaria prudencia, de la negligencia y/o de la inobservancia de las normas y reglas protocolarias en tal sentido, y por todos los hechos que han sido narrados. La presente tasación sobre los daños y perjuicios causados a los demandantes, se realiza de manera provisional para efectos de la presentación de esta demanda, pues me he reservado el derecho y la posibilidad de que se incrementen y queda por tanto abierta la posibilidad de que de la evaluación de las pruebas o el perito que se designe por el despacho, conceptúe los referidos daños y perjuicios muy por encima de la suma de dinero aludida, y que finalmente se pueda suplir con justicia la reparación integral de los demandantes

2. Que como consecuencia de la anterior declaración judicial, se condene a que, dentro de los cinco (5) días siguientes a la ejecutoria de la sentencia o en el término legal en que así se determine, deben proceder los mencionados entes y personas demandadas a pagar, de manera solidaria e íntegramente a los demandantes dichos daños y perjuicios, de orden

material y moral, fisiológicos y de la vida de relación, generados y que se generen, en una cuantía que se estima provisionalmente y no debe ser menor a la suma de UN MIL DIECIOCHO MILLONES NOVECIENTOS SETENTA Y CINCO MIL MILLONES MIL PESOS (\$1.018.975.000) moneda legal, y conforme regulación que con posterioridad se realizará por parte de un perito evaluador(sic) que se designe, tomado de la lista de los auxiliares de la justicia que se tiene en este despacho con tal fin. La presente tasación sobre los daños y perjuicios causados a los demandantes, se realiza de manera provisional para efectos de la presentación de esta demanda, pues queda abierta la posibilidad de que el perito que se designe por el despacho, conceptúe los referidos daños y perjuicios muy por encima de la suma de dinero aludida, y que finalmente se pueda suplir con justicia la reparación integral de los demandantes;

3. Solicito se condene a los demandados y/u obligados a indemnizar a mi representado por todos los daños y perjuicios ocasionados, conforme la reparación integral justa que le amerite;

4. Que se condene a las autoridades respectivas a la ejecución de la sentencia en la forma y términos ordenados por el artículo 176 del Código Contencioso Administrativo.

5. Ordénese que se pague sobre las cantidades líquidas intereses moratorios a partir de la ejecución de la sentencia de conformidad con el artículo 177 y 178 del Código Contencioso Administrativo.

6. Que se condene al pago de las costas y agencias en derecho.

7. Reconocerme personería suficiente para actuar en representación de los demandantes.”

1.2 HECHOS.

“PRIMERO: El día domingo **30 de enero de 2011**, CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO, uno de mis clientes que comparece como convocante mujer, joven y de muy buena contextura física; desde otrora, ágil, eufórica, extrovertida, emprendedora, activa de muy buen desempeño en todos los campos; bien dotada físicamente y de muy buena salud, tuvo un pequeño - intrascendente, diríamos - **accidente de tránsito en una motocicleta**, pues accidentalmente, mientras se desplazaba como pasajera en una motocicleta de placas FCD 31 C Honda línea Eco De Luxe, modelo 2011, **desde el corregimiento de ZABALETAS - carretera vieja- hacia el Distrito de Buenaventura, y a la altura del Dagua corregimiento No. 8 vía al Dagua, cayendo la tarde, sufrió un accidente de tránsito;**

SEGUNDO: Como consecuencia directa e inmediata del aludido accidente, la joven CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO, sufrió diversos golpes en varias partes del cuerpo y **fractura múltiple de la pierna a la altura del FEMUR**, en el momento en que ocurrió el accidente personas que estaban por el sector la auxiliaron llamando a la línea de emergencia de la Policía Nacional y de ambulancia, acompañándola en el lugar donde ocurrieron los hechos del accidente hasta que la larga espera aunada a la urgencia de atención médica y en vista de que ninguna autoridad, entidad, organismo, hacia presencia en el lugar de los hechos los obligó a despacharla en un taxi mercado, Campero o Carpaty que pasaba por la vía hacia un establecimiento médico.

TERCERO: Fue ingresada ese mismo día **30 de enero de 2011**, aproximadamente a **las 6:30 p.m.**, a la **clínica COMFAMAR - COMFENALCO DE BUENAVENTURA** de la sede del pailón ubicada en la dirección de la Carrera 66 No. 4-40, el pailón de este Distrito de Buenaventura, a la llegada de dicho establecimiento médico se informó sobre las circunstancias del accidente y se suministró los datos de la motocicleta comprometida con el percance - marca Honda línea Eco De Luxe, modelo 2011, la cual para la época de los hechos era de propiedad de GONZALO LARA OLAYO, de placas FCD 31 C, modelo 2011, en donde fue atendida le **aplicaron Isodine y le suturaron o le cogieron unos puntos dejándola con la herida cerrada e informaron que la trasladarían al Hospital Departamental De Buenaventura**, luego de una larga espera, se informa no tener

disponibilidad de ambulancia para el traslado, siendo luego, **trasladada por los bomberos al HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA.**

CUARTO: Ese día 30 de enero de 2011, a la llegada, al Hospital Departamental de Buenaventura, sus familiares exhibieron y suministraron los documentos relativos a la motocicleta de placas FCD 31 C Honda línea Eco De Luxe, modelo 2011, de propiedad de GONZALO LARA OLAYO, la tarjeta de propiedad, cédula de ciudadanía del propietario de la moto, la remiten a urgencias, y le brindan atención por médico general aproximadamente **a las 11:30 p.m. y la dejaron en observación en espera del Traumatólogo sin examinar y descubrir la herida.**

QUINTO: Al día siguiente en la fecha **31 de enero de 2011** en horas de la mañana y en vista de que la paciente el día anterior no había sido valorada por profesional médico especialista ni hasta el momento en que fue atendida por la enfermera aproximadamente hacia las 7:30 a.m. por no contar el Hospital Departamental de Buenaventura con traumatólogo en las noches y por **referir la paciente mucho dolor, la enfermera intento hacerle la curación pero no le fue posible realizarla, toda vez que al quitar la venda de la pierna del lado derecho de la fractura de la paciente se observó que derramaba mucha sangre,** se comunicó vía telefónica con personal médico y fue orientada por el mismo, acto seguido, procedió a dejar la venda que se había puesto el día anterior y le adicionó más venda y no se lavó ni limpió, e informó que estaba siguiendo instrucciones que debía darse una espera hasta que llegará el traumatólogo.

SEXTO: Ese día **31 de enero de 2011, en horas de la tarde, aproximadamente a las 1:40 p.m., se le brinda atención especializada por el traumatólogo Dr. JOSE MANUEL GAROES TORRES,** quien solamente la examina y le manifiesta a la paciente y a sus familiares la **urgencia de intervenirla quirúrgicamente** y proceder con la operación, en consecuencia se prepararía para la cirugía, no obstante, la paciente continuo y permaneció en urgencias todo el día 31 de enero de 2011.

SÉPTIMO: El día **01 de febrero de 2011,** continuo en urgencias, la pierna del lado derecho donde se encontraba la fractura continuaba cerrada bien cubierta con vendas **sin que se le realizara ningún tipo de lavado o asepsia expelía olor fétido** y no fue posible el traslado de área para que se le efectuara la operación, toda vez que según fueron informados la paciente y sus familiares no habían camillas, y **continuo en urgencias durante todo el día 01 de febrero del citado año.**

OCTAVO: El día 02 de febrero de 2011, le exigieron por parte del Hospital Departamental De Buenaventura a los familiares de la paciente una serie de requisitos entre ellos obtener y aportar documento de reporte de accidente como condición y requisito indispensable para agotar los tramites y autorizar la operación aludida, la obtención de la documentación fue algo traumática debido a la omisión de las autoridades en el cumplimiento de sus deberes, no obstante, fue aportado y cumplido por los familiares de la paciente, ese mismo día todas las condiciones y exigencias de la entidad Hospitalaria.

NOVENO: Ese mismo día **02 de febrero de 2011,** verificado que los familiares de la joven CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO, cumplieron con lo exigido y aportaron la documentación requerida y debido a que se incrementaba un olor muy desagradable, fétido, putrefacto, como a carne descompuesta y por la actitud preocupante y alarmante del Dr. LUIS CARLOS LUNA ERAZO, quien atendió custodió desde que la citada paciente ingreso al Hospital Departamental De Buenaventura en comento y quien principalmente se encargó de brindarle la atención medica general a la señorita CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO y por el resto del personal del Hospital, aunado al temor, la angustia la desesperación y el desencanto que hicieron su aparición e invadieron el ambiente de la sala y de paso el estado anímico de cada uno de los familiares y allegados que se hallaban pendiente de la suerte de su consanguínea quienes sospechaban que algo estaba pasando y temían por la vida de su pariente, se le realiza evaluación por médico especializado y luego se le brinda atención especializada, **aproximadamente a las horas de 1:30 p.m., por el traumatólogo el Dr. FERNANDO MENDEZ HERRERA, quien con ayuda del Dr. LUIS CARLOS LUNA ERAZO, retira puntos herida cara anteromedial tercio medio**

de muslo derecho, descubre la herida, realiza lavado e interviene quirúrgicamente efectuándole desbridamiento en el muslo del lado derecho con fractura expuesta grave de Fémur de la pierna del lado derecho, **coloca tutores para alinear la fractura**, el procedimiento le produce a la paciente una baja de la presión, y luego se ordena remitirla con la herida expuesta y la **trasladan a la Clínica Santa Sofía del pacífico Ltda.** Sucursal de Buenaventura.

DÉCIMO: Efectivamente ese mismo día 02 de febrero de 2011, es trasladada a la clínica Santa Sofía Del Pacífico Ltda e ingresada a urgencias a la U.C.I., aproximadamente a las 8:00 p.m., y luego de una evaluación médica a la paciente, habiendo transcurrido un buen espacio de tiempo los familiares de la paciente son informados por la médica traumatóloga encargada sobre el estado de la paciente indicándoles que la misma **había llegado con anemia aguda, que se le había formado una hematoma en el vientre que estaba creciendo**, que generaba preocupación el golpe en la cabeza, la pierna del lado derecho donde se encontraba **la fractura había llegado en mal estado, estaba de color oscuro, los tutores ya tenían infección**, acto seguido se les muestra registro fotográfico y por primera vez los familiares de la paciente se les muestra y observan de manera física el estado de la herida, y los tranquilizan manifestándoles que se contaba con todo los elementos y el equipo humano idóneo y necesario para tenerla estable y salvarle la vida y sus extremidades.

DECIMO PRIMERO: No obstante lo anterior, el día **03 de febrero de 2011**, los familiares de la paciente se enteraron que la paciente se había complicado y que sin explicación alguna la habían ingresado a cirugía, **al terminar el procedimiento quirúrgico fue cuando y de manera inaceptable volvieron a ver a la joven CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO, saliendo tristemente en una camilla sin su pierna del lado derecho** con la herida expuesta, acto seguido el profesional médico expresó las razones médicas que motivaron la amputación y mostró a sus familiares la herida expuesta la forma como había quedado y entrega otro registro fotográfico tomado antes de la cirugía, la paciente quedó un tiempo más con la herida expuesta, en espera de su evolución y después le fue suturada y/o cerrada la herida de la mencionada pierna.

DECIMO SEGUNDO: Luego ese mismo día 03 de febrero de 2012, la citada paciente continuo en la clínica Santa Sofía Del Pacífico Ltda sede de Buenaventura, permaneció en la U.C.I., en observación y por varios días, toda vez que según información del personal médico dada a los familiares de la paciente el virus aún no había sido contrarrestado, le dificultaba respirar por sí sola y la sangre no estaba coagulando, tenía la presión alta, luego y al momento en que estuvo estable le colocaron un respirador y cuando logró respirar por sí misma le dieron de alta, - luego y después de unos días la paciente compareció nuevamente a la clínica Santa Sofía Del Pacífico Ltda sede de Buenaventura para que se le efectuase un procedimiento y lavado necesario.

DECIMO TERCERO: Posteriormente y como consecuencia de que la joven CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO tuvo un percance o mejor decirlo se le abrieron los puntos de la herida de la pierna de la paciente donde fue intervenida quirúrgicamente y/u operada y debido a que sus familiares se alarmaron con dicha situación, acuden a la citada clínica SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA sede de Buenaventura, por el área de urgencias, en donde se le brindó atención médica.

DECIMO CUARTO: La joven CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO, ha solicitado a la entidad medica Comfamar - Comfenalco de Buenaventura, **copia de la historia** clínica y de todos los documentos médicos que con relación al servicio médico que se le ha prestado reposen en dicha entidad, teniendo que extender escrito de petición para lograr obtenerlos y pese a ello se vio obligada a instaurar **acción de tutela en la fecha 24 de septiembre de 2012**, para conseguir la entrega de los citados documentos médicos y contestación de lo pedido al respecto, tramite de tutela que fue resuelto en su favor por el Juzgado Quinto Penal Municipal con funciones de control d garantías constitucionales de Buenaventura - Valle en la fecha 08 de octubre de 2012.

DÉCIMO QUINTO: Para el día de la ocurrencia de los hechos la joven CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO, era trabajadora en la institución educativa Escuela Deyanira De Zapata, también ejercía labores en una oficina y desarrollaba labores de venta informal; como consecuencia de su actividad productiva **percibía para dicha época una asignación mensual en promedio no inferior a \$780.000 pesos;**

DÉCIMO SEXTO: Después de la ocurrencia de los hechos y desde que se le ocasionaron lesiones graves en el cuerpo de la joven CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO; la misma quedó menguada en su capacidad física e imposibilitada para asumir de manera idónea e íntegra su desempeño frente a las actividades productivas que ejercía anterior a la fecha en que le ocasionaron las lesiones aludidas las cuales no pudo volver a continuar y/o ejecutarlas y como si eso no fuera poco aún no ha podido en la actualidad emplearse y ejecutar actividades productivas que le permitan percibir su sustento diario;

DECIMO SÉPTIMO: Como consecuencia de las múltiples lesiones que se le han ocasionado la joven CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO, tuvo que sufrir intensos dolores, molestias y el sometimiento de varias intervenciones médicas y el suministro de gran cantidad de medicamentos para propender por su recuperación, la cual no se ha dado plenamente en la actualidad y de manera satisfactoria, la imposibilidad de desempeñar actividades productivas que le permitan percibir su sustento y el de sus menores hijos, las lesiones acaecidas le imposibilitaron percibir los ingresos que recibía antes de lo ocurrido por sus actividades laborales y/o productivas, el detrimento de su patrimonio al incurrir en gastos no presupuestados, la disminución de su capacidad física, tuvo que disponer de sus ahorros que había acumulado para concretar el sueño de una vivienda para sus hijos, la imposibilidad de pagar oportunamente sus obligaciones y/o acreencias, la indemnización e intereses en que se encuentra obligada por el incumplimiento de las obligaciones que se encuentran a su cargo, teniendo que sobrevivir con sus hijos del prestado y de los emolumentos económicos que le facilita su hermana DAMARIS HINESTROZA PALACIO, como consecuencia del contrato de mutuo que las mismas han celebrado para sufragar los gastos de ella y de sus hijos a más del sometimiento a un cambio drástico en su forma de vida;

DECIMO OCTAVO: Antes de la ocurrencia de los hechos, la joven CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO, quien comparece como demandante, mujer, joven y de muy buena contextura física; amante de la vanidad, alabanciosa, desde otrora, histriónica, melómana, extrovertida, amante de la música, de la fiesta y del baile, de muy buen desempeño en todos los campos; bien dotada físicamente y de muy buena salud, se le presentó problemas de todo tipo y un gran impacto emocional, ya que tanto ella como su familia tuvieron que cambiar de ritmo de vida y quedándole secuelas psíquicas, toda vez que la circunstancia de ser en la actualidad minusválida, los fuertes dolores de cabeza, su depresión, su actitud en la actualidad reservada e introvertida, la desconcentración, el aislamiento, entre otros síntomas y situaciones han afectado a mis representados indefectiblemente en su ámbito familiar, en especial a la joven CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO, en la productividad de la misma, en el ámbito social, laboral y personal, pues ya la vida de CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO, no es igual en ningún campo ni en su vida familiar, íntima, social, personal, ni laboral, porque) siempre saldrá a relucir e influir su evidente limitación para su desempeño sobrio, el resto de su vida tendrá que cargar con el pesado lastre de una invalidez que la determina; por todo lo anterior, es por lo que es evidente sin duda los daños de tipo moral, a la vida de relación, fisiológico, lucro cesante y daño emergente;

DECIMO NOVENO: La joven CLARA ROSA HINESTROZA, mujer, madre cabeza de hogar, minusválida, quien se halla profundamente triste y consternada por lo ocurrido, y con un futuro desalentador y poco esperanzador frente a la vida que le espera en su futuro, y con ella sus menores hijos, madre y hermanos (los primeros quienes dependían económicamente en un ciento por ciento (100%) de la misma), en su calidad de perjudicada con los múltiples daños y perjuicios de todo orden que han sido infligidos, me han conferido poder especial para llevar adelante la presente acción judicial...”

2. CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

2.1 MINISTERIO DE DEFENSA - POLICÍA NACIONAL. (folios. 305 a 317).

La entidad demandada se opuso a la prosperidad de las pretensiones, manifestando que no se demostró la falla del servicio atribuible a la institución policial, evidenciándose una culpa exclusiva de la víctima o hecho de un tercero, sin perjuicio de no existir prueba alguna que indique una omisión de la policía nacional en su deber de auxilio frente al accidente de tránsito.

De conformidad con lo anterior, propuso como excepciones las que denominó: *“inexistencia de falla en el servicio – ausencia de pruebas que demuestren la responsabilidad de la entidad demandada – requisitos responsabilidad extracontractual del estado”, “culpa exclusiva de la víctima”, “evidente y clara falta de legitimación en la causa por pasiva respecto a la policía nacional – eximente de responsabilidad policía nacional” y “hecho exclusivo de un tercero ausencia de responsabilidad de la policía nacional”.*

2.2 CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE BUENAVENTURA – HOY COMFENALCO VALLE. (folios 365 - 385).

Se opuso a la condena pretendida argumentando que, la atención médica brindada en las IPS de dicha entidad se otorgó con diligencia, prudencia, pertinencia y pericia adecuada en favor del paciente, siempre actuando conforme a la situación particular de la paciente lo requería y acorde a la normatividad legal establecida para la atención en urgencias (art. 168 Ley 100 de 1993).

Propuso como excepciones las que denominó: *“inexistencia de obligación de Comfenalco Valle de pagar perjuicios morales, fisiológicos, materiales y daño en la vida de relación a los demandantes”, “cumplimiento de sus obligaciones por parte de Comfenalco Valle como centro integrado de servicios”, “inexistencia de culpa – carencia de nexo causal en cabeza de Comfenalco Valle”, “existencia de caducidad del medo de control reparación Directa”, “ausencia de acción de reparación directa por responsabilidad administrativa que se le imputa a la caja de compensación familiar del Valle del Cauca Comfenalco Valle”, “Falta de legitimación en la causa por pasiva de la demandada Comfenalco Valle” y la “genérica o innominada”.*

Por último, en virtud de la póliza de responsabilidad No. 8001013646 llama en garantía a Seguros Colpatria S.A.

2.3 LLAMADA EN GARANTÍA DE COMFENALCO VALLE – AXA COLPATRIA COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A. (folios 491 – 515).

La aseguradora llamada en garantía contestó la demanda manifestando no constarle los supuestos fácticos plasmados en la demanda y por ende se opuso a la prosperidad de las pretensiones, sin perjuicio de evidenciarse que el daño alegado no tiene relación con el servicio asistencial prestado por la entidad convocante, pues derivan del accidente padecido por la misma actora, proponiendo como excepciones las que denominó: *“inexistencia de responsabilidad y/o de obligación de indemnizar a cargo de Comfenalco Valle”, “carencia de prueba del supuesto perjuicio”, “enriquecimiento sin causa” y “genérica y otras”.*

Frente al llamado en garantía, propuso como excepciones las que denominó: *“marco de los amparos otorgados, límites temporales y en general alcance contractual de las obligaciones del asegurador”, “límites, condiciones, exclusiones, amparos, valor asegurado, deducible y restricciones contractuales”, “las*

exclusiones de amparo expresamente previstas en las condiciones generales y particulares de la póliza invocada como fundamento del llamamiento en garantía” y “genérica y otras”.

3. TRÁMITE DE INSTANCIA.

- La presente demanda fue radicada en la oficina de reparto de los juzgados administrativos el 30 de enero de 2013 (folio 265)
- Mediante auto No. 130 del 26 de abril de 2013 se dispuso admitir la demanda instaurada en contra del Hospital Departamental de Buenaventura y otros (folio 274).
- Según constancia secretarial visible a folio 430 del expediente, se corrieron los términos de traslado a las entidades demandadas conforme a la Ley, contestando oportunamente la policía nacional y Comfenalco Valle, mientras que el municipio de buenaventura contestó extemporáneamente y el Centro Integral de servicios Buenaventura y la Clínica Santa Sofía del Pacífico guardaron silencio.
- La audiencia inicial se adelantó el 01 de julio de 2015, decretándose pruebas testimoniales y documentales solicitadas por las partes.
- Las audiencias de pruebas se adelantaron los días 08 de septiembre de 2015, 12 de mayo de 2016, 13 de julio de 2016 y 08 de febrero de 2018, última audiencia en la cual se recuadaron todas las pruebas y se concedió el término de traslado para alegar de conclusión.

II. CONSIDERACIONES

1. COMPETENCIA.

El Tribunal es competente para proferir el presente fallo de conformidad con lo establecido en el art. 125 de la ley 1437 de 2011, en concordancia con lo establecido en el art. 152-6 ibidem.

2. PROBLEMA JURÍDICO.

El problema se contrae en determinar, si la amputación del miembro inferior derecho a la señora CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO, resulta imputable a las demandadas al haber prestado un servicio médico y hospitalario presuntamente negligente, deficiente o tardío, o si por el contrario, la atención correspondió a los protocolos médicos derivando la amputación en una complicación propia del estado del paciente.

Solo en caso de comprobarse la responsabilidad de las entidades demandadas, la Sala procederá a tasar la respectiva liquidación de los perjuicios que se deberán indemnizar y a quien corresponde asumir la condena impuesta.

3. TESIS DE LA SALA.

Se accederá parcialmente a las pretensiones de la demanda, advirtiendo que en efecto existió una atención hospitalaria, médica y farmacéutica deficiente y tardía por parte del personal del Hospital Departamental de Buenaventura, que desencadenó en la amputación del miembro inferior derecho de la señora CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO.

No obstante, los montos objeto de la indemnización serán diferentes a los requeridos por la parte actora al evidenciarse una pérdida de oportunidad.

4. JURISPRUDENCIA DEL CONSEJO DE ESTADO

Frente a la cláusula de responsabilidad estatal contenida en el artículo 90 Constitucional, el máximo tribunal de lo contencioso administrativo¹ ha señalado:

“De acuerdo con lo establecido por el **artículo 90 de la Constitución Política**, el Estado debe responder patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. Del mencionado precepto constitucional la jurisprudencia de esta Sala ha concluido, en cuanto tiene que ver con **los elementos** cuya acreditación resulta necesaria en el proceso para que proceda declarar la responsabilidad del Estado con base en un título jurídico subjetivo u objetivo de imputación, que deben concurrir en el plenario los elementos demostrativos de la existencia de: (i) un daño o lesión de naturaleza patrimonial o extrapatrimonial, cierto y determinado o determinable, que se inflige a uno o a varios individuos; **(ii) que resulte jurídicamente imputable a una autoridad pública**, y **(iii)** cuando hubiere lugar a ella, **una relación o nexo de causalidad entre ésta y aquél**, vale decir, que el daño se produzca como consecuencia directa de la acción o la omisión atribuible a la entidad accionada”. *(Negritas y subrayado de la Sala)*.

Siguiendo con la explicación sobre los **elementos constitutivos de la responsabilidad** del Estado, el órgano de cierre de la jurisdicción de lo contencioso administrativo² afirma:

“En relación con la responsabilidad del Estado, la Carta Política de 1991 produjo su “constitucionalización” al erigirla como garantía de los derechos e intereses de los administrados y de su patrimonio, sin distinguir su condición, situación o interés. De lo dispuesto en el artículo 90 de la Constitución, cláusula general de la responsabilidad extracontractual del Estado, se desprende que esta tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado y la imputación del mismo a la administración pública, tanto por su acción como por su omisión, ya sea atendiendo a los criterios de **falla en el servicio, daño especial, riesgo excepcional o cualquier otro**. En síntesis, la responsabilidad extracontractual del Estado se configura con la demostración del daño antijurídico y de su imputación a la administración. **El daño** consiste en el menoscabo del interés jurídico tutelado y **la antijuridicidad** en que él no debe ser soportado por el administrado, ya sea porque es contrario a la Carta Política o a una norma legal, o, porque es “irrazonable,” sin depender “de la licitud o ilicitud de la conducta desplegada por la Administración.” **La imputación** no es otra cosa que la atribución fáctica y jurídica que del daño antijurídico se hace al Estado, de acuerdo con los criterios que se elaboren para ello, como por ejemplo la falla del servicio, el desequilibrio de las cargas públicas, la concreción de un riesgo excepcional, o cualquiera otro que permita hacer la atribución en el caso concreto. Finalmente, debe considerarse que la responsabilidad extracontractual no puede ser concebida simplemente como una herramienta destinada a la reparación, sino que debe contribuir con un efecto preventivo que permita la mejora o la optimización en la prestación, realización o ejecución de la actividad administrativa globalmente considerada”. *(Negritas y subrayado fuera del texto original)*.

¹ Consejo De Estado. Sección Tercera - Subsección “A”. Radicación: 47001-23-31-000-2006-00937-01(43916). C.P. Marta Nubia Velásquez Rico, 5 de julio de 2018.

² CONSEJO DE ESTADO. Sección Tercera – Subsección “C”. Radicación: 73001-23-31-000-2008-00726-01 (42721). C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, cinco (05) de julio de 2018.

En lo que respecta **al daño**, la misma Corporación en otro pronunciamiento sostuvo³:

“Por **daño** ha de entenderse la lesión definitiva a un derecho o a un interés jurídicamente tutelado de una persona. Daño que **deberá ser personal, cierto y directo**, tal y como lo explica Mazeaud:

“Es un principio fundamental del derecho francés, aun cuando no esté formulado en ningún texto legal, que, para proceder judicialmente, hay que tener un interés: «Donde no hay interés, no hay acción». Una vez establecido el principio, ha surgido el esfuerzo para calificar ese interés que es necesario para dirigirse a los tribunales: debe ser cierto, debe ser personal. Pero se agrega: debe ser «legítimo y jurídicamente protegido» [...]”⁴.

Así, los elementos constitutivos del daño son: (1) **la certeza del daño**; (2) **el carácter personal**, y (3) **directo**. El **carácter cierto**, como elemento constitutivo del daño se ha planteado por la doctrina tanto colombiana como francesa, como aquel perjuicio actual o futuro, a diferencia del eventual⁵. Al efecto, el Consejo de Estado, ha manifestado que para que el daño pueda ser reparado debe ser cierto⁶⁻⁷, esto es, no un daño genérico o hipotético sino específico, cierto: el que sufre una persona determinada en su patrimonio:

“[...] tanto doctrinal como hipotéticamente ha sido suficientemente precisado que dentro de los requisitos necesarios para que proceda la reparación económica de los perjuicios materiales, es indispensable que el daño sea cierto; es decir, que no puede ser eventual, hipotético, fundado en suposiciones o conjeturas; aunque no se opone a dicha certeza la circunstancia de que el daño sea futuro. Lo que se exige es que no exista duda alguna sobre su ocurrencia⁸”.

De igual forma, para que el daño se considere existente es indiferente que sea pasado o futuro, pues el problema será siempre el mismo: probar la certeza del perjuicio.

Adicionalmente, el daño objeto de la reparación sólo es aquel que reviste la característica de ser antijurídico. Se considera como tal, la afectación, menoscabo, lesión o perturbación a la esfera personal (carga anormal para el ejercicio de un derecho o de alguna de las libertades cuando se trata de persona natural), a la esfera de actividad de una persona jurídica (carga anormal para el ejercicio de ciertas libertades), o a la esfera patrimonial (bienes e intereses), que no es soportable por quien lo padece.

Así pues, **daño antijurídico** es aquél que la persona no está llamada a soportar puesto que no tiene fundamento en una norma jurídica, o lo que es lo mismo, es aquel que se irroga a pesar de que no exista una ley que justifique o imponga la obligación de soportarlo”. (*Negrillas y subrayado propios de la Sala de Decisión*).

³ CONSEJO DE ESTADO. Sección Tercera – Subsección “C”. Radicación: 73001-23-31-000-2005-03265-01 (42922). C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa, cinco (05) de julio de 2018.

⁴ MAZEAUD. Lecciones de derecho civil. Parte primera. Volumen I. Introducción al estudio del derecho privado, derecho objetivo y derechos subjetivos. Traducción de Luis Alcalá-Zamora y Castillo. Buenos Aires, Ediciones Jurídicas Europa-América, 1959, p.510.

⁵ CHAPUS. “Responsabilité Publique et responsabilité privée”, ob., cit., p.507.

⁶ Sección Tercera, sentencia de 2 de junio de 1994, expediente 8998.

⁷ Sección Tercera, sentencia de 19 de octubre de 1990, expediente 4333.

⁸ Salvamento de voto del Consejero de Estado Joaquín Barreto al fallo del 27 de marzo de 1990 de la Plenaria del Consejo de Estado, expediente S-021.

Sobre los títulos de imputación de responsabilidad endilgables a la administración, indicó⁹:

“Siguiendo el precedente de unificación sentado en la materia, según el cual se deja en libertad al juez contencioso administrativo de configurar libremente la imputación de responsabilidad, y de acuerdo con algunas consideraciones de la doctrina nacional, podemos decir que, frente a los títulos jurídicos de imputación que estructuran la responsabilidad del Estado por daños producidos por actos violentos de terceros: (1) si la acción u omisión del Estado que produce el daño es ilegítima e imputable a este, el fundamento de la responsabilidad lo constituye la **falla del servicio**; (2) si la actividad del Estado es, en cambio, legítima y, además, riesgosa, y el daño es producto de la concreción del peligro que ella conscientemente crea para el cumplimiento de ciertos deberes legales y constitucionales asignados, el fundamento será el título de **riesgo excepcional** con algunas evoluciones; y (3) si la acción del Estado es legítima y no es riesgosa y se ha desarrollado en cumplimiento de un encargo o mandato legal y en beneficio del interés general, pero con ella se ha producido un perjuicio concreto, grave y especial a un particular o a un grupo de particulares, imputable al Estado, el fundamento será el título de **daño especial**”. (Negritas y subrayado de la Sala).

Reiteración del anterior pronunciamiento, fue el acogido en sentencia de fecha 05 de octubre de 2015¹⁰, que a la letra señala:

“Según lo prescrito en el artículo 90 de la Constitución, cláusula general de la responsabilidad extracontractual del Estado, este concepto tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado, y la imputación del mismo a la administración pública tanto por la acción, como por la omisión, bien sea bajo los criterios de **falla en el servicio, daño especial, riesgo excepcional u otro**. En los anteriores términos, la responsabilidad extracontractual del Estado se puede configurar una vez se demuestre el daño antijurídico y la imputación (desde el ámbito fáctico y jurídico) (...) El daño comprendido, desde la dogmática jurídica de la responsabilidad civil extracontractual y del Estado, impone considerar aquello que derivado de la actividad o de la inactividad de la administración pública no sea soportable i) bien porque es contrario a la Carta Política o a una norma legal, o ii) porque sea “irrazonable”, en clave de los derechos e intereses constitucionalmente reconocidos (...) En cuanto a la imputación exige analizar dos esferas: a) el ámbito fáctico, y; b) la imputación jurídica, en la que se debe determinar la atribución conforme a un deber jurídico (que opera conforme a los distintos títulos de imputación consolidados en el precedente de la Sala: **falla o falta en la prestación del servicio; daño especial; riesgo excepcional**) (...) [L]a atribución jurídica debe exigir la motivación razonada, sin fijar un solo título de imputación en el que deba delimitarse la responsabilidad extracontractual del Estado, sino que cabe hacer el proceso de examinar si procede en primera medida la **falla en el servicio sustentada en la vulneración de deberes normativos**, que en muchas ocasiones no se reducen al ámbito negativo, sino que se expresan como deberes positivos en los que la procura o tutela eficaz de los derechos, bienes e intereses jurídicos es lo esencial para que se cumpla con la cláusula del Estado Social y Democrático de Derecho; en caso de no poder aplicarse dicha motivación, cabe examinar si procede en el **daño especial**, sustentado en la argumentación razonada de cómo (probatoriamente) se produjo la ruptura en el equilibrio de las cargas públicas; o, finalmente, si encuadra en el **riesgo excepcional** (...) [L]a jurisdicción de lo contencioso administrativo ha dado cabida a la utilización de diversos “títulos de imputación” para la solución de los casos propuestos a su consideración, sin que esa circunstancia pueda entenderse como la existencia de un mandato que

⁹ Consejo de Estado. Sección Tercera, Subsección “B”. C.P. RAMIRO DE JESUS PAZOS GUERRERO. Radicación: 05001-23-31-000-1998-03751-01(26161).

¹⁰ Consejo De Estado. Sección Tercera, Subsección “C”. Radicación: 25000-23-26-000-2004-01485-01(34789). C.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa (E).

imponga la obligación al juez de utilizar frente a determinadas situaciones fácticas –a manera de recetario- un específico título de imputación (...) [R]esulta relevante tener en cuenta los aspectos de la teoría de la imputación objetiva de la responsabilidad patrimonial del Estado (...) [L]a tendencia de la responsabilidad del Estado en la actualidad está marcada por la imputación objetiva que “parte de los límites de lo previsible por una persona prudente a la hora de adoptar las decisiones”. Luego, la contribución que nos ofrece la imputación objetiva, cuando hay lugar a su aplicación, es la de rechazar la simple averiguación descriptiva, instrumental y empírica de “cuando un resultado lesivo es verdaderamente obra del autor de una determinada conducta”. (Negritas y subrayado fuera del texto original).

5. ANÁLISIS DEL CASO CONCRETO.

En el caso sometido a consideración, la señora CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO y demás demandantes, argumentan que, la omisión de las entidades demandadas de prestar un servicio médico asistencial oportuno, diligente y conforme a los protocolos, conllevó al alto grado de contaminación y en consecuencia la amputación del miembro inferior derecho de la demandante.

5.1 El daño.

Frente al daño como primer elemento de la responsabilidad extracontractual a estudiar¹¹, se observa que el mismo se encuentra plenamente acreditado dentro del caso *sub examine* conforme a las historias clínicas de la señora Clara Rosa Hinestroza Palacio y la valoración por medicina legal se demuestra la amputación de su miembro inferior derecho.

Historia clínica.

“ortopedia paciente pop de desarticulación de cadera por fascitis necrotizante secundaria a fractura abierta del fémur actualmente en uci con soporte ventilatorio mejoría de su estado general muñón cubierto sin sangrado bordes de piel viables no fetidez se considera lavado qx mañana y retiro de compresa del muñón persiste estado crítico y alto riesgo de muerte se continúa manejo conjunto en uci mañana lavado y cierre de muñón según evolución...”¹²

Valoración medicina Legal.

“2. Ausencia de todo el medio inferior derecho con su respectivo muñón.

CONCLUSIÓN: MECANISMO CAUSAL: Corto Contundente. Incapacidad médico legal: DEFINITIVA NOVENTA (90) DÍAS. SECUELAS MEDICO LEGALES. Deformidad física que afecta el cuerpo de carácter permanente; perturbación funcional de órgano, carácter permanente.

Ahora bien, en cuanto a los asuntos de responsabilidad médica, el máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo ha manifestado en reiterada jurisprudencia que es la falla probada del servicio el título de imputación aplicable, así se destaca en la providencia del 05 de marzo de 2015, C.P. DANILO ROJAS BETANCOURTH¹³:

¹¹ Juan Carlos Henao -EL DAÑO- Pág. 36 - 37 *“El daño es entonces, el primer elemento de la responsabilidad, y de no estar presente torna inoficioso el estudio de la misma, por más que exista una falla del servicio. La razón de ser de ésta es lógica y simple: si una persona no ha sido dañada no tiene porqué ser favorecida con una condena que no correspondería sino que iría a enriquecerla sin justa causa”*

¹² Folio 95 cuaderno No. 1

¹³ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B. Radicación número: 50001-23-31-000-2002-00375-01(30102)

“(…)15. La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste¹⁴.

16. En materia médica, para que pueda predicarse la existencia de una falla, la Sala ha precisado que es necesario que se demuestre que la atención no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso¹⁵. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance¹⁶(…).

Por su parte, ha admitido también el Consejo de Estado que es **procedente la prueba indiciaria** para demostrar la falla del servicio que se alega por activa, abandonando a partir del fallo del 31 de agosto de 2006, el régimen de presunción¹⁷ que se venía aplicando para fallas en la prestación del servicio médico. Así se indicó en el fallo del 30 de enero de 2012, C.P. Stella Conto Díaz Del Castillo, Rad: 17001-23-31-000-1999-00964-01(23017), en los siguientes términos:

“De conformidad con el artículo 90 de la Constitución Política, la administración pública es responsable y debe reparar los daños antijurídicos que le sean imputables. Ha sostenido reiteradamente esta Corporación que la falla médica es un título que permite imputar a la entidad pública de salud, el daño que ocasiona con el acto médico, para imponerle la obligación de repararlo.

Si bien, en épocas pasadas la jurisprudencia prohijó la doctrina de la falla médica presunta, que pone en cabeza de la parte demandada la carga probatoria del debido cumplimiento de las obligaciones médicas y asistenciales, desde comienzos de la década anterior se inició una consolidación jurisprudencial en torno a la naturaleza subjetiva de este tipo de responsabilidad, que exige la prueba de la falla, abandonando, a partir del fallo del 31 de agosto de 2006, el régimen de la

¹⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencias de: agosto 31 de 2006, exp. 15772, C.P. Ruth Stella Correa; de octubre 3 de 2007, exp. 16402, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 23 de abril de 2008, exp. 15750; del 1 de octubre de 2008, exp. 16843 y 16933; del 15 de octubre de 2008, exp. 16270. C.P. Myriam Guerrero de Escobar; del 28 de enero de 2009, exp. 16700, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 19 de febrero de 2009, exp. 16080, C.P. Mauricio Fajardo Gómez; del 18 de febrero de 2010, exp. 20536, C.P. Mauricio Fajardo Gómez y del 9 de junio de 2010, exp. 18683, C.P. Mauricio Fajardo Gómez, entre otras.

¹⁵ Sección Tercera, sentencia de 25 de febrero de 2009, exp. 17149, C.P. Ruth Stella Correa Palacio.

¹⁶ Sección Tercera, sentencia de 11 de febrero de 2009, exp. 14726, C.P. Ramiro Saavedra Becerra.

¹⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de agosto 31 de 2006, expediente 15772, M.P. Ruth Stella Correa. Sentencia de octubre 3 de 2007, expediente 16.402, M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 23 de abril de 2008, expediente 15.750; del 1 de octubre de 2008, expedientes 16843 y 16933. Sentencia del 15 de octubre de 2008, expediente 16270. M.P. Myriam Guerrero de Escobar. Sentencia del 28 de enero de 2009, expediente 16700. M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 19 de febrero de 2009, expediente 16080, M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 18 de febrero de 2010, expediente 20536, M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 9 de junio de 2010, expediente 18.683, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

*presunción¹⁸. Sin perjuicio de que el nexo causal pueda ser demostrado a partir de **prueba indirecta o indiciaria**”.*

Dicho título de imputación opera, como lo señala la jurisprudencia de la Sección Tercera no sólo respecto de los daños indemnizables derivados de la muerte o de las lesiones corporales causadas, sino que también comprende:

“... los que se constituyen por la vulneración del derecho a ser informado; por la lesión del derecho a la seguridad y protección dentro del centro médico hospitalario y, como en este caso, por lesión del derecho a recibir atención oportuna y eficaz”¹⁹.

Cuando la **falla probada en la prestación del servicio médico y hospitalario** se funda en la “*lesión al derecho a recibir atención oportuna y eficaz*”, se debe observar que ésta produce como efecto la vulneración de la garantía constitucional que recubre el derecho a la salud, especialmente en lo que hace referencia al respeto del principio de integridad en la prestación de dicho servicio, el cual según el precedente jurisprudencial constitucional:

“La protección al derecho fundamental a la salud no se limita simplemente al reconocimiento de los servicios que se requieren con necesidad; sino que comprende también su acceso de manera oportuna, eficiente y de calidad. La prestación del servicio de salud es perdida cuando la persona lo recibe en el momento que corresponde para recuperar su salud sin sufrir mayores dolores y deterioros. En forma similar, el servicio de salud se considera eficiente cuando los trámites administrativos a los que se somete al paciente para acceder a una prestación requerida son razonables, no demoran excesivamente el acceso y no imponen al interesado una carga que no le corresponde asumir. Por otro lado, el servicio de salud es de calidad cuando las entidades obligadas a prestarlo actúan de manera tal “que los usuarios del servicio no resulten víctimas de imponderables o de hechos que los conduzcan a la desgracia y que, aplicando con razonabilidad los recursos estatales disponibles, pueden ser evitados, o su impacto negativo reducido de manera significativa para la persona eventualmente afectada”²⁰. (Subrayado fuera de texto).

Dicho **principio de integralidad del servicio** exige considerar, según el precedente jurisprudencial constitucional, que:

“todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente o para mitigar las dolencias que le impiden llevar su vida en mejores condiciones; y en tal dimensión, debe ser proporcionado a sus afiliados por las entidades encargadas de prestar el servicio público de la seguridad social en salud”²¹.

¹⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, Sentencia de agosto 31 de 2006, expediente 15772, M.P. Ruth Stella Correa. Sentencia de octubre 3 de 2007, expediente 16.402, M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 23 de abril de 2008, expediente 15.750; del 1 de octubre de 2008, expedientes 16843 y 16933. Sentencia del 15 de octubre de 2008, expediente 16270. M.P. Myriam Guerrero de Escobar. Sentencia del 28 de enero de 2009, expediente 16700. M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 19 de febrero de 2009, expediente 16080, M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 18 de febrero de 2010, expediente 20536, M.P. Mauricio Fajardo Gómez. Sentencia del 9 de junio de 2010, expediente 18.683, M.P. Mauricio Fajardo Gómez.

¹⁹ Sentencia de 7 de octubre de 2009. Exp. 35656.

²⁰ Corte Constitucional, sentencia T-104 de 2010.

²¹ Corte Constitucional, sentencia T-1059 de 2006.

Ahora, recogiendo todo lo expuesto, en sentencia del Consejo de Estado, Sección Tercera, del 13 de octubre de 2020, radicado interno 43060²², se concluyó sobre el título de imputación en fallas del servicio derivadas del servicio médico, lo siguiente²³:

“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 experiencia²⁴.”

En consecuencia, conforme a la jurisprudencia en cita, en los casos de responsabilidad médica, el título de imputación por excelencia corresponde a la falla probada, significando que, corresponde a las partes demostrar sus supuestos de hechos y fundar sus dichos.

Por tanto, debe el demandante probar que el daño alegado ocurrió o por una acción negligente, tardía o irregular en la atención médica, sumada la demostración del nexo causal entre la deficiencia alegada y las consecuencias derivadas.

Así mismo, se destaca la importancia de los dictámenes periciales y las pruebas indiciarias sobre el particular, a fin de afincar la decisión en criterios especializados en la materia.

5.2 De lo probado en el proceso.

Establecido como ha quedado el título de imputación aplicable al caso bajo estudio *-falla probada-*, procede el Despacho a verificar la actividad desplegada por las accionadas para con ello determinar si existe o no responsabilidad extracontractual derivada de una atención deficiente e inoportuna ante los padecimientos de la señora CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO que conllevaron a la amputación

²² Rad. 05001-23-31-000-2002-02786-01. CP, Guillermo Sánchez Luque.

²³ Posición reiterada en sentencia del 26 de febrero de 2021, Sección Tercera del Consejo de Estado, Rad. 08001-23-31-000-2002-01887-01(36562)

²⁴ 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>.

de su miembro inferior derecho, o si por el contrario, la amputación correspondió a una consecuencia directa de la condición médica de la paciente que no pudo ser evitada, siendo el procedimiento correcto a fin de evitar un peor desenlace.

La parte actora alega que solo recibió atención por médico general, descartándose atención por ortopedia y manejando su patología sin mayores especialidades lo que llevó a la contaminación por gangrena gaseosa por la deficiencia de protocolos médicos y derivó en la intervención quirúrgica de amputación el 03 de febrero de 2011.

Asegura la parte actora que, de haberse efectuado chequeo médico acucioso, sepsis y continuo por las especialidades de médico vascular y el traumatólogo-ortopedista, no se hubiera presentado la contaminación y no hubiera perdido su extremidad.

En oposición, las demandadas en unísono afirman que los médicos tratantes actuaron conforme a los protocolos médicos imperantes, sin poder enrostrarse la responsabilidad por el solo hecho de la consecuencia de amputación, destacando ser la medicina de medio y no de resultado.

Sobre la historia clínica aportada al expediente, se encuentra que la señora Clara Rosa Hinestroza Palacios fue atendida inicialmente en un centro de baja complejidad, propiedad de COMFAMAR hoy Comfenalco Valle del Cauca a las **06:00:00 de la tarde del 30 de enero de 2011**, con el siguiente registro:

“Paciente es traída por particulares en mal estado general, refieren encontrarla en la vía con herida en pierna posterior a un accidente de tránsito”.



COMFAMAR
BUENAVENTURA
Caja de Compensación Familiar
NIT. 890.304.033-8



Comfenalco
Valle del Cauca
NIT. 890.303.093-5

SOAT. del 3176583348

HISTORIA PARA ATENCION INICIAL DE URGENCIAS

Nº 085846

A.-IDENTIFICACION DEL USUARIO							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES COMPLETOS		DOCUMENTO DE IDENTIDAD			
Hinestroza		Clara	Rosa	1193016519			
EDAD:	UNIDAD:	SEXO: MASC:	(FEM.)	IND:	TELEFONO:		
RESIDENCIA: URBANA		RURAL		DIRECCION DOMICILIO:		Ave 5	
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE				PARENTESCO:			
DIRECCION DEL RESPONSABLE:				TELEFONO:			
B.-ASEGURADORA							
NOMBRE	EPS	ESS	ARP	IPS	OTRA	COT.	BEN. ADIC.
CONTINGENCIA:	EG:	MAT:	ATEP:	SOAT:	AL COS.	REGIMEN ESPECIAL:	
NUMERO DE AFILIACION:		COT:		BEN:	ADIC:	PARTICULAR:	
INGRESO, FECHA:		DIA 30		MES: I	AÑO 2011	HORA: 6:00 PM	

F. INFORMACION OBJETIVA:		PA: 100/60	FC: 100	FR: 28	T: 36	°C.	PESO
Paciente es Mulatto general conciente Glasgow 15/15 pupilo 3x4 mm como reflejo fondo en Region fondo de ojo 3x4 mm. c/p normal - oído normal Est. MI Dcho con deformidad en Region de mano con fondo de ojo 3x4 mm. reflejo 3x4 mm. no hay sensibilidad.							
G. DIAGNOSTICOS (I.D.X., CNVO., CREP) con INGRESO limitación a la salida de la							
PRINCIPAL: Politrauma		CODIGO: perna	TIPO: Jolw	CODIGO interno		TIPO: Pudo estar	
RELACIONADO 1: Herida		CODIGO: Demi	TIPO: Jolw	CODIGO		TIPO	
RELACIONADO 2: Fractura		CODIGO: Fémur	TIPO: expuesto	CODIGO		TIPO	

De igual forma, se canaliza a la paciente con diclofenaco, tramadol y dipirona con diagnóstico de politraumatismo en pierna con fractura de fémur expuesta:

G. DIAGNOSTICOS (I.D.X., CNVO., CREP) con INGRESO limitación a la salida de la	
PRINCIPAL: Politrauma	
RELACIONADO 1: Herida	
RELACIONADO 2: Fractura	
H. CONDUCTA:	
I. AYUDAS DIAGNOSTICAS SOLICITADAS	
J. PROCEDIMIENTOS REALIZADOS (D.X., DT., RE., TER.)	
1.- Canalizar 2 venas	CODIGO TIPO
2.- Diclofenaco 75mg IM.	CODIGO TIPO
K.- REMISION, INTERCONSULTA, HOSPITALIZACION Y DONDE	
Tramadol 50mg Sc.	
Dipirona 200mg ENL. MEDICACION	

Posteriormente, se registra egreso del lugar de atención inicial siendo trasladada por el Cuerpo de Bomberos Voluntarios de Buenaventura a las **20:30 horas del 30 de enero de 2011** hacia el **Hospital Departamental de Buenaventura** según certificación visible a folio 29 del expediente:

EL SUSCRITO JEFE DE CUARTEL DEL MERITORIO CUERPO DE BOMBEROS VOLUNTARIOS DE BUENAVENTURA CON PERSONERIA JURIDICA NO. 027 DEL 15 DE MARZO DE 1939 EXPEDIDA POR EL MINISTERIO DE GOBIERNO Y VIGILADA POR EL SISTEMA NACIONAL DE BOMBEROS

C E T I F I C A:

Que la señora CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO; identificada con la cedula de ciudadanía No. 1.193.016.519 expedida en Buenaventura, se le prestó el servicio de ambulancia (M7) solicitado por Comfamar Buenaventura el día 30 de enero de 2011; siendo trasladada desde la Clna de Comfamar sede el Pailón hasta Hospital Departamental de Buenaventura a las 20:30 P.M. información que reposa en el libro de minutas de la Guardia de la Subestación páginas 322 y 323.

Para constancia se firma a los cuatro (04) días del mes de octubre de dos mil doce (2012) en la Estación Central del Meritorio Cuerpo de Bomberos Voluntarios de Buenaventura.


CT. GUILLERMO VALENCIA HURTADO
Jefe de Cuartel
C.C. 16.476.193 de Buenaventura

A las **22:44 del 30 de enero de 2011** ingresa al Hospital Departamental de Buenaventura con diagnóstico de fractura de otras partes del fémur según registro cronológico consignado en la historia clínica:

1. DATOS GENERALES E IDENTIFICACION

HISTORIA CLINICA No. 1193016519	*1193016519*	G. Etareo 0	Edad: 24 AÑOS
1193016519	CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO		Sexo: Femenino
INGRESO Fec:30/01/2011 22:44; EGRESO Fec:02/02/2011 00:00: Aten Ingreso URGENCIAS		Aten Egreso HOSPITALIZACION	
Pabellon Evolución: 8 URGENCIAS			

“...remitida comfamar sele reali(sic)
paciente femenina de 23 años de edad quien es remitida de comfamar. paciente quien presenta accidente de tránsito paciente refiere iba de parrillera en una moto, pero no recuerda nada del accidente hasta que llego a comfamar. no recuerda contra que fue la colisión. según historia de comfamar refiere que la paciente fue encontrada tirada en la vía. paciente presenta herida en muslo derecho con exposición de musculo y tendón deformidad de la pierna incapacidad para la movilidad perdida de sensibilidad herida de más o menos 5 cm de longitud con sangrado activo. se inicia manejo médico.
(...)

examen físico, procedimientos y evolución
30/01/2011 23:02:17 mg204 cesar augusto zapata acosta

cabeza y oral: se observa herida en región frontal en el momento sin sangrado activo.
cardiaco: -normal. pulmonar: -normal. abdomen: -normal. genitourinario: -normal.
extremidades: se observa en miembro inferior derecho, muslo derecho, herida lineal de aproximadamente 6 cm con exposición de musculo y tendón, deformidad de la extremidad con dificultad para la movilidad pérdida de la fuerza. sensibilidad disminuida. pulsos pedios presentes. sistema nervioso central: -normal. piel: -normal

31/01/2011 00:39:11 mg204 cesar augusto zapata acosta

paciente estable. refiere persiste dolor en miembro inferior derecho. se revisa herida. se realiza vendaje compresivo en muslo derecho. se solicita pasar diazepam ampolla diluida en 10 cc ssn y pasar 4 cc iv ya que paciente refiere mucho dolor y no colabora para realizar curación. rx de fémur que muestra fractura completa de fémur con desplazamiento continua ordenes medicas iguales **pendiente valoración con ortopedia.**

31/01/2011 13:31:47 me014 José Manuel Garces torres

paciente hemo dinámicamente estable sin signos de reagudización de su patología o sugestivos de complicaciones. cursando con fractura de fémur, se explica situación actual de su patología la cual **requiere manejo quirúrgico, paciente acepta junto al familiar. se decide hospitalizar para preparación prequirúrgica.** se solicita: placa cortical dcp ancha 8 huecos + tornillo cortical 4,5 8 huecos.

01/02/2011 01:19:21 mi027 Cristóbal Silvera rolong

paciente de 23 años de edad con dx: fractura de fémur derecho **paciente muy quejumbrosa** se le está aplicando tratamiento ordenándose observa herida en región frontal derecha tiene pendiente valoración por traumatología y posible intervención quirúrgica para el día 1 de feb 2011

01/02/2011 13:00:37 me014 José Manuel Garcés Torres

paciente 23 años de edad con dx:1) fractura expuesta de miembro inferior derecho paciente refiere dolor y pasa mala noche paciente en cama alerta orientado hidratado hemo dinámicamente estable afebril al tacto miembros inferiores e observa herida traumática limpia sin secreción pulsos femorales presentes pedios presentes a/p: paciente que muestra exámenes preoperatorios en óptimas condiciones; **se pide cita valoración anestésica** se continua igual manejo medico

02/02/2011 08:34:12 me027 Fernando Méndez Herrera

paciente que ingreso el día 30 enero de 2011 a las 22:48 horas, al parecer víctima de accidente de tránsito, remitida de comfamar, **valorada por médico general de urgencias/ no se cuenta con traumatólogo en las noches en esta institución**, quien diagnostica fractura expuesta de fémur derecho, decide hospitalizar e inicia manejo con penicilina cristalina, **encuentro paciente 3 días después en cama, álgida, regular estado general, sin inmovilización, herida cubierta con olor fétido, se descubre herida se observa herida cara anterior y medial de muslo derecho con puntos de sutura, salida de abundante material purulento, fétido, además necrosis de piel y tejidos blandos a/ paciente con fractura expuesta grave de fémur, con manejo antibiótico inadecuado, no se le ha realizado lavado quirúrgico, se encuentra en regular estado general, y con gran contaminación, infección y necrosis de piel y tejidos blandos, se decide llevar inmediatamente a cirugía para lavado y desbridamiento quirúrgico, pronostico malo, se explica a paciente y acompañante.**

02/02/2011 15:34:30 me027 Fernando Méndez herrera

se llevó paciente a cirugía se encuentra paciente séptica, se realizó lavado, desbridamiento, e inmovilización provisoria con tutor externo, **debido al estado general de la paciente, en conjunto con anestesiológico se considera requiere manejo postquirurgico en uci por lo que se remite, pronostico malo, se explica a familiares...**

Al respecto, a folio 52 del cuaderno No. 3 obra remisión del Hospital Departamental de Buenaventura a la Clínica Sofía por cuanto la demandante requería atención especializada.

FECHA DE REMISION		02	02	2011	13:40	CONTROL DE REMISION No.		52
NOMBRE DEL PACIENTE		Hinestroza		Palacio	Clara Rosa	EDAD		23
1er. APELLIDO		2o. APELLIDO		NOMBRES		Años		Meses
Impresión Diagnostica:		Fractura espuesta de femur Grado III						
Historia Clínica		11/93016519		Institución a donde se remite		Urgencia		Si ☒ No ☐
						Respuesta		Si ☐ No ☐

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACION ESCRIBIENDO CLARAMENTE

UNIVERSIDAD DEL VALLE DIVISION DE SALUD	SECRETARIA DE SALUD UNIDAD REGIONAL DE SALUD CALI	SERVICIO SECCION SALUD DEL VALLE
--	---	-------------------------------------

REMISION DE PACIENTES

Historia Clínica No.	REMISION No. Dr. Don	
FECHA DE REMISION	02	02
MES	DIA	AÑO
NOMBRE DEL PACIENTE	Hinestroza	
1er. APELLIDO	Palacio	
2o. APELLIDO	Clara Rosa	
EDAD	23	
Años	Meses	
RESIDENCIA DEL PACIENTE		
DIRECCION	TELEFONO	BARRIO - CIUDAD
EN CASO DE URGENCIAS AVISAR A:		
NOMBRES Y APELLIDO	DIRECCION	TELEFONO
INSTITUCION A DONDE SE REMITE:		
Clinica Santa Sofia		Traumatologia - Ortopedia
NOMBRES Y CIUDAD		SERVICIO O ESPECIALIDAD
IMPRESION DIAGNOSTICA: Fractura Abierta de femur Grado III		
CAUSA BASICA DE LA REMISION: Amenita Atencion Especializada U.C.I		
(AL REVERSO COMPLETE DATOS DE IMPORTANCIA CLINICA - LABORATORIO - RX ETC)		
INSTITUCION QUE REMITE:		NOMBRE DE QUIEN REMITE:
Hospital departamental B.ventura		Fernando Mendez
		TRAUMATOLOGIA
		MD ☐ ODONT ☐ AUX. ☐ OTRO ☐

Posteriormente, cuatro horas después, es ingresada a la clínica Santa Sofía a las **19:59:38 del 2 de febrero de 2011** al departamento de UCI de dicha institución en donde **se realiza el procedimiento mediante el cual se retira la extremidad a la demandante**, previo al tratamiento descrito en la historia clínica visible a folios 61 a 72 del expediente:

02-03-2011

22:35 Lisbeth Calvache - LISBETH CALVACHE ORTEGA

PACIENTE QUE INGRESA A LA UNIDA PROVENIENTE DEL HOSPITAL SIN SOPORTE DE OXIGENO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SOLOMNOLIENTA CON SIGNOS VITALES DE FC 144 FR 34 TA 126/86 CON DIGNOSTICC I POLITRAUMATISMO MAS FRACTURA DE FEMUR CON **PERDIDA IMPORTANTE DE TEJIDO BLANDO SHOCK SEPTICO** Y SE PREPARA PARA LLEVAR A CIRUGIA.

22:37 Lisbeth Calvache - LISBETH CALVACHE ORTEGA

se le toman gases arteriales con ph 7.33 pco2 29.7 po2 167.2 hco3 15.5 pafi 522 con una acidosis metabólica sin trastorno en la oxigenación paciente muy algica agitada se soporta con O2 por * cánula nasal. a 3 litros por minuto dejo saturando 98% estable se traslada a cirugía.

08:14 Lisbeth Calvache - LISBETH CALVACHE ORTEGA

terapia respiratoria paciente que ingresa a la unidad de cirugía a las 24:35 íntubada con tot m 7.5 asistiéndola con ambú el médico especialista se conecta a ventilación mecánica en modo controlado con vc 460 fr 12 fEEP 6 fio2 del50% saturando s3% acoplada bajo sedación se le realiza higiene bronquial aspirando escasa **secreciones mucopurulentas por tot y hialinas con trazos hemáticos** por boca se fija a 22cm de comisura labial el tot se le toman gases de control con ph de 7.31 po2 180 pco2 38.6 hco3 19.3 be -6.3 pafi de 360.1 con acidosis metabólica sin trastorno en la oxigenación bajo fio2 al 35% dejo estable con monitoria.

17:29 catherine.torres - CATHERINE TORRES MICOLTA

16:50, **terapia respiratoria**, encuentro paciente en **condiciones críticas de salud, Hemodinamicamente inestable, con tendencia a la taquicardia**, en ventilación mecánica en modo j controlado con vc 460 fr 12 peep 6 fio2 del 50% saturando 94% acoplada bajo sedación, a la i auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares y ronus ocasionales, se realiza higiene bronquial obteniendo **escasa cantidad de secreciones mucopurulentas por i tot y escasa cantidad hialina con trazos hemáticos** por boca. dejo paciente estable saturando, i sensor de saturación no censa.

00:17 lisbeth.calvache - LISBETH CALVACHE ORTEGA

terapia respiratoria paciente que llega de cirugía desarticulación de mi derecho a las 19:00 asistida con ambú por especialista se conecta a ventilación mecánica en modo controlado con peep 6 fio2 del 35% se le toman gases arterial con ph de 7.33 po2 60.2 pco2 33.6 hco3 17.7 be -7.3 pafi ' 150 con acidosis metabólica con una hipoxemia moderada se aumenta fio2 al 50% se le realiza higiene bronquial aspirando moderadas secreciones mucopurulentas por tot y abundantes hialinas por boca se cambia fijación de tot procedimiento sin complicación dejo vía aérea permeable acoplada y saturando 99 con monitoria

02-04-2011

06:08 lisbeth.calvache - lisbeth calvache ortega i **terapia respiratoria** paciente en cama con hc anotada en ventilación mecánica en modo controlado acoplada con fio2 de 50% con saturaciones optimas a la auscultación mv presente con leves ronus en ambos campos pulmonares se le realiza ft de tórax mas higiene bronquial aspirando moderadas secreciones mucopurulentas por tot y escas por boca y nariz se le toman gases arteriales con ph de 7.35 pO2 202 pco2 37.2 hco3 20.3 sin trastorno en la oxigenación en equilibrio bajo la fio2 al 35% dejo saturando 965 paciente tolera la terapia dejo estable y con monitoria

13:29 danny.malíitano- DANNY WILLIAMS MALFITANO

hora: 11+40 **terapia respiratoria**. paciente en ventilación mecánica modo simv+presion soporte de 8, fr: 12, peep: 6, sens-2, rie: 1:2, fio2:35%, a la auscultación: ronus ocasionales, se realiza: succión tot obteniendo moderada cantidad de secreciones mucosanguinolentas, succión boca obteniendo pocas secreciones mucoides, paciente tolera procedimiento, sato2: 98%.

20:57 lisbeth.calvache - LISBETH CALVACHE ORTEGA

terapia respiratoria paciente en cama con hc anotada en ventilación mecánica en modo controlado acoplada con fio2 de 35% con saturaciones optimas a la auscultación mv presente con leves ronus en ambos campos pulmonares se le realiza ft de torax mas higiene bronquial aspirando moderadas secreciones mucopurulentas por tot y abundantes por nariz y por boca se le cambia la fijación de tot dejo a 22 cm a comisura labial dejo saturando 99% paciente tolera la terapia dejo estable y con monitoria.

02-05-2011

02:58 catherine.torres - CATHERINE TORRES MICOLTA

02:45, **terapia respiratoria**, encuentro paciente en condiciones críticas de salud, hemodinamicamente estable, en ventilación mecánica en modo controlado con vc 460 fr 12 peep 6 i-io2 del 35% saturando 94% acoplada bajo sedación, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares y ronus ocasionales, se realiza higiene bronquial obteniendo moderada cantidad de secreciones mucopurulentas por tot e igual cantidad hialina con trazos hemáticos por boca. dejo paciente estable saturando 96%

18:11 danny.malíitano - DANNY WILLIAMS MALFITANO i i HORA:16+40

terapia respiratoria. paciente en ventilación mecánica, con iguales parámetros ventilatorios, a la auscultación: ronus ocasionales, se realiza: succión tot obteniendo moderada cantidad de secreciones mucoides, succión soca obteniendo pocas secreciones mucoides, paciente tolera procedimiento terapia respiratoria paciente en cama con hc anotada en ventilación mecánica en modo controlado acoplada con fio2 de 35% con saturaciones optimas a la auscultación mv presente con leves ronus en ambos campos pulmonares se le realiza ft de tórax más higiene bronquial i | aspirando moderadas secreciones mugupurulentas por tot y hemáticas abundantes por nariz y j por boca dejo saturando 99% paciente sin complicaciones en esta dejo estable y con monitoria.

06-02-2011

05:15 lisbeth.calvache - LISBETH CALVACHE ORTEGA

terapia respiratoria paciente en cama con hc anotada en ventilación mecánica en modo : controlado acoplada con fio2 de 35% con saturaciones optimas a la auscultación mv presente ; con leves roncus en ambos campos pulmonares se le realiza ft de tórax más **higiene bronquial aspirando moderadas secreciones mucopurulentas** por tot y hemáticas abundantes por nariz y [por boca se le toman gases arteriales con ph 7.31 pco2 46.3 hco3 23.1 be -3.1 pafi 272.4 paciente sin complicaciones se aumentó el tiempo l:e a 1:3 deajo estable con monitoria

18:26 danny.malfitano - DANMY WILLIAMS MALFITANO

hora: 15+00 **terapia respiratoria.** paciente en ventilación mecánica modo simv+presion soporte i de 8, fio2:35%, peep: 6, fr: 14, rie: 1:3, a la auscultación sin ruidos sobreagregados, se realiza: j succión tot obteniendo moderada cantidad de secreciones mucoides, succion oca pocas i secreciones, paciente tolera procedimiento.

07-02-2011

06:47 catherine.torres - CATHERINE TORRES MICOLTA

05:15, **terapia respiratoria,** encuentro paciente en condiciones estables de salud, hemodinamicamente estable, en ventilación mecánica en modo controlado con simv+vc 460 fr 12 i peep 6 fio2 del 35% saturando 94% acoplada bajo sedación, a la auscultación murmullo vesicular presente en ambos campos pulmonares y roncus ocasionales, **se realiza higiene bronquial i obteniendo moderada cantidad de secreciones mucopurulentas** por tot e igual cantidad hialina i j con trazos hemáticos por boca. deajo paciente estable saturando 96%

10:24 lisbeth.calvache - LISBETH CALVACHE ORTEGA

terapia respiratoria paciente en cama con hc anotada en modo sincronizado con buenos vc y i i saturaciones optimas sin sedación despierta a la auscultación muv pesente más roncus ocasionales se le realiza ft de tórax más afe mas higiene bronquial **aspirando moderadas secreciones mucohemáticas** por tot y mucoides por boca se le toman gases arteriales con ph i 7.49 po2 148.6 pco2 34.7 hco3 25.9 be 4.0 pafi 424.7 sato2 99% con alcalosis respiratoria sin trastorno en la oxigenación se cambia a modo espontaneo con ps8 peep 6 fio2 35% con vc 250 fr i j 17 saturando 96% se cambia la fijación de tot procedimiento sin complicación y deajo estable con monitoria.

(...)

DESCRIPCIONES DE LA CIRUGIA

2011-02-03

18:08 Alexander-solano - ALEXANDER SOLANO

lavado quirúrgico se retira fijador externo. se realiza abordaje en raqueta de tenis de realiza desinserción de los músculos pélvicos mediales y arteriales con ligadura doble de los vasofemorales, capsulotomía y luxación de la cadera se completa desarticulación con miotomía circular, lavado con 10000 cc se cierra piel superficial se deja herida cubierta con 2: compresas, plan lavado en 48 horas.

23:48 Álvaro zapata - ALVARO AMORES ZAPATA

asepsia antisepsia colocación de campos incisión mediana supra e infraumbilical por planos hasta cavidad evidencia de hallazgos revisión sistemática de la cavidad cierre de aponeurosis con vicryl 1 cierre de la piel protiene 2-0

19:07 alexander.solano - ALEXANDER SOLANO

necrosis extensa de piel y músculo necrosis del segmento óseo vasos femorales trombosados tejido necrótico con infiltración de la grasa subcutánea.

23:47 alvaro.zapata - ALVARO ANDRES ZAPATA

sin evidencia de lesión de víscera solida o hueca.

23:47 alvaro.zapata - ALVARO ANDRES ZAPATA **hematoma retroperitoneal pélvico hemoperitoneo 100 cc**
(...)

EVOLUCIONES

lilian.rnuno - LILIAN CONSUELO MUÑOZ MARRUGO 20:24
ESPECIALIDAD: INTERNISTA

INGRESO A UCI. REMITIDA DE HDB. PACIENTE QUE INGRESA EL 30 DE ENERO EN HORAS DE LA NOCHE DESPUES DE SUFRIR UN ACCIDENTE DE TRANSITO AL DESPLAZARSE COMO PASAJERA EN MOTO. DICE NO RECORDAR COMO FUE EL ACCIDENTE. INGRESA A COMFAMAR Y REMITEN A HDB. ENCUENTRA CON HERIDA EN LA **PIERNA DERECHA CON DEFORMIDAD MARCADA CONTAMINADA** CON EXPOSICION DE MUSCULO Y TENDON, HERIDA EN CABEZA LA CUAL SUTURAN. SE HACE VENDAJE COMPRESIVO. SE DEMUESTRA **FRACTURA COMPLETA DE FEMUR CON DESPLAZAMIENTO Y SE INICIA AB CON PENICILINA CRISTALINA**. EL DIA DE HPY EN LA MAÑANA ORTOPEDIA ENCUENTRA LA **HERIDA SEVERAMENTE INFECTADA CON IMPORTANTE SECRECION DE MATERIAL PURULENTO Y NECROSIS DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS**. PASA A CIRUGIA: GRAN NECROSIS Y CONTAMINACION DE TEJIDOS BLANDOS CON NECROSIS Y **OSTEOMIELITIS DEL FEMUR**. SE HACE **DEBRIDAMIENTO CON REMOCION DE GRAN CANTIDAD DE MUSCULO FASCIA Y PIEL Y LAVADO**. SE HACE INMOVILIZACION CON TUTOR CORTO.

DURANTE LA CIRUGÍA HIPOTENSION SOSTENIDA SIN RESPUESTA A SANGRE Y LEV POR LO QUE INICIAN INOTROPICO Y REMITEN. AP: NO HAY DE. IMPORTANCIA. NO RECUERDA FUR. EF DE INGRESO A UCI: LLEGA CON EL AUXILIAR DE AMBULANCIA SIN MEDICO. PACIENTE EN MUY MAL ESTADO GENERAL. LLEGA HIPOTENSA, TAQUICARDIA DESORIENTADA SOMNOLIENTA. SE PASA BOLO DE LEV 1000CC SSN Y 1000CC LACTATO CON MEJORA EN LAS CIFRAS DE PA.

VIENE CON UN CATETER CENTRAL YUGULAR INTERNO DERECHO EL CUAL ESTA DESPLAZADO SIN FIJAR, NO HAY NINGUNA VENA MAS. PÁLIDA. MUCOSA ORAL SECA. NO NGURGITACION YUGULAR. RSCS TAQUICARDICOS FC 145 NO SOPLOS GALOPE O FROTE. PULMONES CON MV UNVIERSAL SIN AGREGADOS. CREPITACION EN REGION YUGULAR DERECHA.

ABDOMEN LIGERAMENTE DISTENDIDO CON MUY INTENSO DOLOR 1

A LA PALPACION DEL ABDOMEN CON IRRITACION PERITONEAL? HUELLA DE TRAUMA DE ABDOMEN CON EXCORIACIONES. DOLOR A LA PALPACION DE PELVIS.

PIERNA DERECHA CON VENDAJE ELASTICO CON SECRECION SANGUINOLENTA ABUNDANTE FETIDA. INMOVILIZADOS EXTERNO. PULSO PEDIO Y TIBIAL PRESENTE i DISMINUIDO. NEUROLOGICO SOMNOLIENTA Y DESORIENTADA. NO FOCALIZACION. CONSIDERO: PACIENTE CON POLITRAUMA EN ACCIDENTE DE TRANSITO DE 72H DE EVOLUCION CON CLARA SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS. SE : INICIA AB DE AMPLIO ESPECTRO. COAGULOPATIA Y ANEMIA SEVERAS POR LO QUE SE TRANSFUNDEN 3U DE GRE YPLASMA.

VALORACION POR CIRUGÍA PARA REALIZACION DE LAPAROTOMIA SI ASI SE CONSIDERA DADA LA PRESENCIA **EN LA TOMOGRAFIA DE LIQUIDO LIBRE Y EL DOLOR A LA PALPACION ABDOMINAL**. PASO DE CATETER 1 CENTRAL ANTE LA NECESIDAD DE ACCESO DE GRAN CALIBRE PARA TRANSFUNDIR Y LEV ADEMAS LA EVENTUALIDAD DE INOTROPIA (VENIA CON DOPAMINA A 10UG/K/MIN PERO ACA NO HA NECEISTADO),

ANALGESIA, SEDACION (DADO QUE EL TAC CEREBRAL NO DEMUESTRA LESIONES INTRACRANEANAS). SE HABLA CON LA FAMILIA SOBRE EL PRONOSTICO VITAL Y FUNCIONAL A CORTO PLAZO OMINOSO. NVO SNG - SV- MONITOREO EN UCI OXIGENO PARA SATO2>S0% SSN BOLO DE 1000CC LACTATO BOLO DE 1000CC LACTATO SEGUIR A 200CC/HORA SEGUN ORDENES MEDICAS MODIFICAR GOTE O **PASAR BOLOS DAD 10% 30CC/HORA CEFEPIME 2GR IV/8H VANCOMICINA**

1GRIV/12H METRONIDAZOL 500MG IV/8H GLUCONATO DE CALCIO 1 AMP IV/8H RANITIDINA 50MG IV/8H METOCLOPRAMIDA 10MG IV/8H DIPIRONA 2GR IV/8H POR DOLOR TRANSFUNDIR 3U DE GRE (HB 5.7) TRANSFUNDIR 5U PLASMA (INR 2) RESERVAR 3U MAS Y RESERVAR 5U DE PLASMA MAS LABORATORIOS URGENTES- TAC DE CRANEO- TAC DE ABDOMEN- TAC DE PELVIS- RADIOGRAFIA DE ABDOMEN- RADIOGRAFIA DE FEMUR DERECHO VALORACION POR CIRUGIA GRAL (YA) ORTOPEDIA CSV Y AC

lilian.munoz - LILIAN CONSUELO MUÑOZ MARRUGO 21:39 ESPECIALIDAD: INTERNISTA

previa asepsia y antisepsia colocación de campos se hace punción yugular interna derecha única con paso sobre aguja de guía metálica, se hace dilatación con dilatador del equipo y sobre la guía se pasa catéter trilumen hasta 14. se fija con seda. no complicaciones. pendiente la radiografía de tórax de control.

alvaro.zapata - ALVARO ANDRES ZAPATA
22:10 ESPECIALIDAD: CIRUJANO GENERAL PACIENTE REMITIDA DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENABENTURA CON ANTECEDENTE DE POLITRAUMATISMO POR ACCIDENTE DE TRANSITO FRACTURA DE FEMUR EXPUESTA FETIDA PURULENTO ESTIGMAS DE TRAUMA ABDOMINAL CERRADO REFIERE DOLOR ABDOMINAL SEVERO DESCENSO DE LA HB DE 10 A 6 EN DOS DIAS ANTECEDENTES ANOTADOS EXAMEN FISICO MALAS CONDICIONES GENERALES TA 100/50 FC 114 FR 18 MUCOSA ORAL SECA C/P RCSRS NO SOPLOS MV SIMETRICO ABD **SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL POSITIVOS TAC DE ABDOMEN EVIDENCIA DE LIQUIDO LIBRE DIAGNOSTICO ABDOMEN AGUDO TRAUMA ABDOMINAL CERRADO OPTIMIZACION DE PARAMETROS HEMODINAMICOS INR DE 2 PLAN CIRUGIA**

02-03-2011

ronald.asprilla - ROÑALO ASPRILLA

00:10 ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGO PACIENTE CON SEPSIS SEVERA, CON FOCO PRIMARIO EN TEJIDOS BLANDOS Y EN FEMUR DERECHO POR FRACTURA EXPUESTA. CON ABDOMEN AGUDO, **SE PASA A LAPAROTOMIA, LA CUAL SE REALIZA BAJO ANESTESIA GENERAL.** RECIBE FENTAÑILO 250 MCG + KETAMINA 80 MG + SUCCINIL COLINA 80 MG + ACIDO TRANEXAMICO 1G + VECURONIO 6 MG. DURANTE EL TRANSOPERATORIO SE TRANSFUNDEN 3 UNIDADES DE PLASMA FRESCO CONGELADO + 2 UNIDADES DE GRE COMPATIBLES. EN EL MOMENTO CON CIFRAS TENSIONALES CON **TENDENCIA A LA HIPOTENSION. SE DECIDE TRASLADO A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS** INTUBADA X ANTECEDENTE DE HIPOXEMIA E INESTABILIDAD HEMODINAMICA

lilian.munoz - LILIAN CONSUELO MUÑOZ MARRUGO

01:44 ESPECIALIDAD: INTERNISTA **LLEGA DE CIRUGÍA** INFUSADA Y SEDADA. **ENCONTRARON GRAN HEMATOMA RETROPERITONEAL** EL CUAL NO SE EXPLORA DADO QUE NO SE EXPANDE. SE HA TERMINADO SIN NOVEDAD LA TRANSFUSION DE 4U DE GRE Y 5U DE PLASMA. ESTA ESTABLE CON FC ELEVADA >120 Y CIFRAS DE PA ADECUADAS NO HIPOTENSION.

SE EXPLORÓ EL DEFECTO DEL MUSLO Y SE APRECIA MASIVA EXPOSICION DE HUESO Y TEJIDOS BLANDOS CON PERDIDA CERCANA AL 70% DE LA CIRCUNFERENCIA DEL MUSLO EN TERCIO PROXIMAL DE LOS TEJIDOS BLANDOS. HAY OLOR EXTREMADAMENTE FETIDO Y TEJIDO NECROTICO. EL HUESO SE VE FRAGMENTADO AL FONDO DE LA LESION. HAY IMPORTANTE EDEMA DEL MUSLO. HAY NECROSIS DE LA PIEL EN LA REGION INGUINAL CON ESCASA CREPITACION

SC. SS. VALORACION POR ORTOPEDIA. SE SIGUE EL AB. ESPERAMOS VERIFICAR PERSISTENCIA CON LA SEDACION DE LAS CIFRAS DE PRESION ARTERIAL PRONOSTICO OMINOSO. nvo sng - sv- monitoreo en uci vm según gases y mecanica lactato 150cc/hora según ordenes medicas modificar goteo o pasar bolos bicarbonato de sodio 10cc en cada 500cc de lactato de mantenimiento dad 10% 30cc/hora y bolo de 200ccahora fentanyl 200ug/hora midazolam 4mg/hora cefepime 2gr iv/8h vancomicina 1 gr iv/12h metronidazol 500mg iv/8h curaciones con metronidazol y agua oxigenada gluconato

de calcio 1 amp iv/8h ranitidina 50mg iv/8h metoclopramida 10mg iv/8h vitamina k 10mg iv/día valoración por ortopedia csv y ac glucometría cada 1 hora

GUSTAVO BELTRAN -07:51

ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA PACIENTE QUE ACCIDENTE DE TRANSITO SUFRIÓ TRAUMA EN MUSLO DERECHO PRESENTANDO FRACTURA ABIERTA DE TERCIO SUPERIOR HACE 4 DÍAS AL E.F PACIENTE SEPTICO INTUBADO CON TUTOR EXTERNO COLOCADO EN OTRA INSTITUCION, **HERIDA CIRCULAR EN MUSLO CON NECROSIS DE MUSCULO FETIDA SEGREGACION PURULENTA RX MUESTRA FRACTURA REDUCIDA MANTENIDA POR TUTOR..PLAN LAVADOS QUIRURGICOS .SE CORRE RIESGO MUY ALTO DE AMPUTACION POR POSIBILIDAD DE MUERTE IMINENTE**

gilmar.mosquera - GILMAR MOSQUERA MARTINEZ

12:58

ESPECIALIDAD: INTERNISTA UCI DIA 3/02/11 DX Y TTO ANOTADOS TA 127/79 TAM 95 FC 135 FR 12 SaO2 99% FIO2 50% GU 1.2 CC/K/HRA B(+) 180 CC CRITICA, ESTABLE, SIN VASOACTIVOS, BAJO SEDACION, EN VMI BASAL, SIRS ACTIVO CON TENDENCIA A LEUCOPENIA, EN MUSLO DCHO TUTOR CON EXTENSAS AREAS DE NECROSIS QUE SUGIEREN ARTRITIS SEPTICA, ASOCIADA A CHOQUE, QUE REQUIRIRIA VIGOROSA REANIMACION CON CRISTALOIDES, HASTA RECUPERAR RESPUESTA PRESOR, SE OPTIMIZA ESQUEMA ATS, SE INDICA LAVADO Y DEBRIDAMIENTO QUIRURGICO; SE OBSERVARA EVOLUCION INFECTOLOGICA, QUE DE SER TORPIDA REQUERIRA DESARTICULACION DE CADERA, ASIMETRICAMENTE DISCRETA ACIDEMIA METABOLICA Y BUENA PERFUSION TISULAR , MARCADA RABDOMIOLISIS CON ALTO RIESGO DE FALLA RENAL, POR TANTO DEBE MANTENER APOORTE VIGOROSO DE LEV, AZODOS NORMALES, ELECTROLITOS NORMALES, TIEMPOS PROLONGADOS Y ANEMIA SEVERA POR SANGRADO AGUDO, POR TANTO INDICO GRE 2 U Y PFC4 UN., PRONOSTICO RESERVADO

alexander.solano - ALEXANDER SOLANO 14:18

ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA

ortopedia se revisa caso de la paciente se descubren heridas se evidencia severa amercion muscular con músculo friable no contráctil fetidez mal olor , necrosis de piel que avanza hasta el tercio proximal del muslo clínicamente lesión con alto riesgo de muerte como único forma de contener el proceso infeccioso ante la magnitud de la lesión se considera desarticulación de cadera se cita a la familia para consentimiento de cirugía se soliera valoración por anestesia, alto riesgo de muerte paciente con fractura abierta de fémur infectas fascitis del muslo.

ALEXANDER SOLANO 19:04

ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA ortopedia se realiza procedimiento quirúrgico desarticulación de cadera se encuentra severa necrosis de tejido con fetidez necrosis muscular extensa con necrosis del segmento óseo infiltración de la grasa subcutánea hasta la ingle y la cara anterior del muslo trombosis completa de los vasos femorales, se considera pronostico pobre por la extensa necrosis se deja muñón afrontado con cierre superficial lavado en 48 horas.

alvaro.zapata - ALVARO ANDRES ZAPATA 20:00

ESPECIALIDAD: CIRUJANO GENERAL POP LAPARORTOMIA EXPLORATORIA HEMATOMA RETROPERITONEAL MALAS CONDICIONES GENERALES

TA 100/60 FC 100 FR 18 VENTILACION MECANICA C/P RSCSRS NO SOPLOS MV SIMETRICO ABD BLANDO HERIDA QUIRURGICA EN BUEN ESTADO CONTINUAR MANEJO POR UCI

Antonio.gipis - ANTONIO JOSE GIPIS SAAVEDRA 20:12

ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL

EVOLUCION UCI NOCHE DX Y TTO ANOTADOS: PACIENTE PROVIENE DE CIRUGIA POP INMEDIATO DE **DESARTICULACION DE CADERA DERECHA POR SEPSIS SEVERA DE TEJIDOS BLANDOS Y OSTEOMIELITIS**, EN COMPAÑIA DE ANESTESIOLOGO Y CIRCULANTE, VENTILADA CON AMBU SATURANDO EN EL MONITOR 56% CON TAM: 68, COMENTA QUE DURANTE LA CIRUGIA LE TRANSFUNDIERON 2 U GRE, 4 U PFC, 1000 CCSSNO.9% , ORINO 300CC COLURICO, DURANTE EL PROCEDIMIENTO NO REQUIRIO VASOACTIVO, INFORMAN QUE SANGRO APROXIMADAMENTE 500 CC, signos vitales de ingreso ta: 103/48 tam: 66 fc: 122 fr: 12 t: 36 sao2: no registra (frialdad distal marcada) gluco: 38 pvc: 11 mucosas humedas, palidas, ictericas, escleras con ligero edema, no iy en el momento, rs cs rs taquicardicos, no s3, mv conservado, escasos crepitos de predominio basal izquierdo, tot permeable, cvc subclavio derecho funcional, sin sangrado, abdomen blando, herida qx mediana sin evidencia de sangrado, gu: orina colurica, discreto edema vulvar,

EXT: MUÑON QX DERECHO CON COMPRESA Y MICROPORE SIN SANGRADO ACTIVO, NI SECRECION FETIDA, NEUROLOGICO BAJO SEDACION. ANALISIS. PACIENTE EN POP INMEDIATO DESARTICULACION CADERA DERECHA POR SEPSIS SEVERA, CRITICA, SIN REQUERIR VASOACTIVO, CON EFECTO DE ANESTESICO, SE CONECTA A VENTILACION MECANICA MODO V/C PARAMETROS BASALES, EN MUÑON LO DEJARON AFRONTADO PARA REVISION Y LAVADO EN 48 HORAS, ORINA MUY COLURICA, FRIALDAD DISTAL MARCADA, POR TANTO SE INDICA CALENTADOR Y ABRIGAR BIEN, HIPOGLUCEMIA POR TANTO SE INDICA BOLO DE DEXTROSA, Y SE CONTINUA CON MANTENIMIENTO,

se solicitan gasea arteriales y venosos, bun, creatinina, electrolitos por ahora (ch- tiempos se hará control en 6 horas por estar recientemente transfundida), se ajustara parámetros ventilatorios de acuerdo a gasometría, se deja con sedación y analgesia, se ajustan los lev, vigilando signos de hipervolemia, mantener pvc 10-12, diuresis >1cc/kg/hora, gluco mayores de 70 65, pronóstico reservado. se informa a la familia.

ANTONIO JOSE GIPIS SAAVEDRA 20:19

especialidad: médico general gases arteriales acidemia mb leve, con hipoxemia moderada, se aumenta fio2, gases venosos con svo2 81% estado hiperdinamico. electrolitos en ga h1pernatremia leve, hipercloremia, hb: 8.5. sao2 actual en monitor: 39% fio2: 50%

Yesid.diaz - YESID DIAZ ANTE 20:34

ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGO Paciente ASA IV a quien se programa de urgencia a desarticulación, tiene antecedente **de poli trauma de 4 días**

de evolución | donde presento fractura de fémur derecho expuesta con pérdida de piel y tejidos, la herida se sobre infecto y en el momento; el servicio de ortopedia hace Dx de fascitis necrotizante por lo cual programa a desarticulación por evolución rápida de la infección.

Paciente anemiaca por sangrado, trombocitopénica, con coagulopatía, en regulares condiciones generales, con **fetidez marcada que se siente a la distancia**, llega de la UCI intubada con esfuerzo respiratorio, polipneica taquicárdica, se maneja con midazolam 2 mg más fentanvi 100+100+100 microgramos titulados, 7 mg de vecuronio, sorane a 1 MAC, : dexametasona 8 mg, y dipírons 2 gramos. Anestesia sin complicaciones sangrado intraquirúrgico de aproximadamente 500 cc, se transfunden 2 unidades de glóbulos rojos y 2 unidades de plasma, ya había recibido 2 de plasma en UCI. Diuresis de í 300 cc muy colúrica, se ponen 1000 cc de cristaloides. Se traslada a UCI intubada, Hemodinamicamente estable con efectos de relajante muscular, se deja a cargo del personal médico. El procedimiento duro solamente una hora.

02 – 04 – 2011 alvaro.zapata - ALVARO ANDRES ZAPATA 05:44

ESPECIALIDAD: CIRUJANO GENERAL POP **LAPAROTOMIA EXPLORATORIA HEMATOMA RETROPERITONEAL DESARTICULACION DE LA CADERA OERÉCHA POR FASCITIS MECROTIZANTE** VENTILACION MECANICA NO INOTROPIA TA110/80 FC 110 FR 16 MO SEMISECA C/P RSCSRS NO SOPLOS MV DISMINUIDO EN BASES ABD BLANDO HDA QUIRURGICA EN BIEN ESTADO. EXT AUSENCIA QUIRURGICA MID

ALEXANDER SOLANO 08:23

ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA ortopedia paciente pop de desarticulación de cadera por fascitis necrotizante secundaria a fractura abierta del fémur actualmente en uci con soporte ventilatorio mejoría de su estado general **muñón cubierto sin sagrado** bordes de piel viables no fetidez se considera lavado qx mañana y retiro ce compresa del muñón persiste estado crítico y alto riesgo de muerte se continua manejo conjunto en uci mañana lavado y cierre de muñón según evolución

lilian.munoz - LILIAN CONSUELO MUÑOZ MARRUGO 09:51

ESPECIALIDAD: INTERNISTA NVO VM SEGUN GASES Y MECANICA PASO DE SNY POSTERIOR VERIFICACION DE POSICION CON RX ABDOMEN INICIO DE GLUCERNA 20CC/HORA TITULANDO DAD 10% 30CC/HORA CERRAR AL INICIAR NUTRICION LACTATO 150CC/HORA TRANSFUNDIR GRE 2 UN TRANSFUNDIR PFC 4 UN VITAMINA K 1MG IV/DIA FENTANYL 200UG/HORA CEFEPIME 2GR IV/8H VANCOMICINA 1GRIV/12H METRONIDAZOL500MG IV/8H GLUCONATO DE CALCIO 1 AMP IV/8H SULFATO DE MAGNESIO 1 AMP IV/12H RANITIDINA 50MG IV/8H METOCLOPRAMIDA 10MG IV/8H DIPIRONA 2GRIV/SH VALORACION POR ORTOPEDIA DIARIA CSV Y AC GLUCOMETRIA CADA 4 HORA

lilian.munoz - LILIAN CONSUELO MUÑOZ MARRUGO 12:01

ESPECIALIDAD: INTERNISTA CHOQUE SEPTICO EN RESOLUCION **SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS: FASCITIS NECROTIZANTE FALLA RENAL AGUDA EN RESOLUCION HEPATITIS SEPTICA ANEMIA SEVERA MULTIFACTORIAL POP: LAPAROTOMIA EXPLORATORIA HEMATOMA RETROPERITONEAL-DESARTICULACION FEMORAL DERECHA (FASCITIS) PACIENTE CON DIURESIS LIMITROFE BAJA QUE RESPONDE A LEV Y DIURETICO EN BAJAS DOSIS. NO PICOS**

FEBRILES NO ¡NOTROPIA. ACOPLADA A VENTILACION MECANICA. NO SANGRADOS. EF: 118/78 FC 103X FR 16X ACOPLADA A VM. SATO296% PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES. PULMONES LIMPIOS. RSCSR.S TAQUICARDICOS NO SOPLOS. ABDOMEN CON HERIDA QX EN BUEN ESTADO SIN INFECCION. MUÑON CUBIERTO SIN SECRECION FETIDA. LABORATORIOS: F. RENAL MEJORANDO. HIPERCLOREMIA SEVERA. TRANSAMINASAS ELEVADAS. HEMOGRAMA CON ANEMIA Y PROLONGACION DE TIEMPOS (SE INDICA TRANSFUNDIR 2U DE GRE Y 4U DE PLASMA) LEUCOS DE 11400 CON NEUTROFILIA. TROMBOCITOPENIA DE 76000. CONSIDERO: SEGUIR CON EL ESQUEMA AB INSTAURADO, VENTILACION MECANICA, ANALGESIA PARA DESTETE DE SEDACION. SE PONE BOLO DE LEV Y DIURETICO PARA MEJROAR LA VASOCONTRICCION RENAL AGUDA. PRONOSTICO OMINOSO A CORTO PLAZO FUNCIONAL Y VITAL.

LILIAN CONSUELO MUÑOZ MARRUGO

14:52 | ESPECIALIDAD: INTERNISTA PVC ELEVADAS. RESPUESTA A DIURETICO ADECUADA. SE DEJA FUROSEMIDA CON HORARIO

WLADIMIR. DÍAZ ANGULO 21:17

ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL I EVOLUCION UCI NOCHE, DIAGNOSTICOS Y MANEJO ANOTADOS, PACIENTE CRITICA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SOPORTE INOTROPICO, SIN SOPORTE VASOACTIVO, SIN SEDACION, ANALGESIA CON FENTANIL A 200 MCG/HR, SOPORTE VENTILATORIO MECANICO INVASIVO EN MODO VOLUMEN CONTROL DE 460, PEEP 6, FIO2 35%, RELACION I:E= 1:2, GOTE0 DE DEXTROSA AL 10% A 30 CC/HR, TA: 121/84, TAM: 96, FC: 93, FR: 12, T: 36.6, SAO2 99%, PVC: 19, GLUCOMETRIA: 130, MUCOSAS HUMEDAS, CONJUNTIVAS PALIDAS, ESCLERAS ICTERICAS, PUPILAS ISOCORICAS, REACTIVIDAD LENTA, TUBO OROTRAQUEAL PERMEABLE, CON **SECRECIONES MUCOSANGUINOLENTAS MODERADAS, SONDA NASOGASTRICA DRENANDO MATERIAL BILIOSO 180 CC**

hasta ahora, catéter venoso central yugular interno derecho sin signos de infección ni sangrado activo, ruidos cardiacos taquicardicos, no ausculto soplos, pulmones sin sobreagregados, abdomen blando, depresible. no masas, herida quirúrgica sin signos de infección ni sangrado, gu:) diuresis por sonda vesical de aspecto colúrico a 0.9 cc/kg/hr, snc: bajo analgesia con fentanyl, efecto residual de sedación fíass

-2, **EXTREMIDADES CON MUÑON FEMORAL ABIERTO SIN SANGRADO ACTIVO, SIN SECRECION PURULENTA**, CUBIERTO CON VENDAJE COMPRESIVO, MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO CON LLENADO CAPILAR < DE 2 SEGUNDOS. ANALISIS Y PLAN: paciente con evolucion clinica estacionaria, tolera adecuadamente transfusion de hemoderivados, se solicitara hemograma control en 8 hrs, presenta pvc elevada por lo cual se ordena dosis adicional de 10 mg de furosemida, se continua con resto de manejo medico igual, pronostico reservado a corto plazo, familiares ya estan informados, se solicitan paraclínicos control para mañana, se ordena avanzar un poco mas sonda nasoyeyunal la cual se encuentra aun en estomago.

02-05-2011 Gilmar.Mosquera- GILMAR MOSQUERA MARTINEZ 12:55
SPECIALIDAD: INTERNISTA

EVOLUCION UCI DIA REALIZADA CON MEDICO GENERAL DE TURNO
DR WLADIMIR DIAZ, DIAGNOSTICOS:

- 1. SHOCK : SEPTICO EN RESOLUCION,**
- 2. SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS,**
- 3. FASCITIS NECROTIZANTE,**
- 4. SINDROME DE DISFUNCION MULTIORGANICA CON FALLA RENAL AGUDA RESUELTA, HEPATITIS SEPTICA,**
- 5. POSTOPERATORIO DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA CON HEMATOMA RETROPERITONEAL,**
- 6. POSTOPERATORIO DE DESARTICULACION SECUNDARIA A FRACTURA EXPUESTA CON FASCTIS NECROTIZANTE ASOCIADA,**

ANTIBIOTICOS: CEFEPIME 2 GRS EV C/8 HRS (DIA 1), VANCOMICINA 1 GREVC/12 HRS (DIA 1), METRONIDAZOL 500 j MG EV C/8 HRS (DIA 1), SIN SEDACION, SIN SOPORTE INOTROPICO, SIN SOPORTE VASOACTIVO, SIN SEDACION, ANALGESIA CON FENTANYL A 100 MCG/HR, SOPORTE VENTILATORIO MECANICO INVASIVO EN MODO VOLUMEN CONTROL DE 460, PEEP 6, FIO2 35%, TA: 122/72, TAM: 88, FC: 100, FR: 9, T: 36, SAO2: 98%, PVC16, GLUCOMETRIA ■ 140,

balance acumulado positivo de 5739cc, ayer: 5559 cc, mucosas húmedas, conjuntivas pálidas, escleras ictéricas, pupila isocóricas no reactivas a la luz, edema facial importante, tubo orotraqueal permeable, con producción mucosanguinolenta moderada, catéter venoso central yugular interno derecho sin signos de infección ni sangrado activo, no ingurgitación yugular, ruidos cardíacos taquicárdicos, no ausculto soplos, pulmones con roncus ocasionales en ambos campos, abdomen blando, depresible, no masas, herida quirúrgica sin signos de infección ni sangrado activo, diuresis por sonda vesical de aspecto colúrico a 0.7 cc/kg/hr, snc: analgesia con fentanyl rass-3, extremidades con edema grado 2 en miembro inferior izquierdo y en ambas extremidades superiores, ausencia quirúrgica de miembro inferior derecho desarticulado, **MUÑÓN ABIERTO CON OLOR FETIDO, NO SECRECIÓN PURULENTO, NO SANGRADO, PARACLINICOS:**
(...)

RONALD ASPRILLA 15:08

ESPECIALIDAD: ANESTESIOLOGO Paciente con idx de sepsis de tejidos blandos + osteomielitis de fémur derecho, ya desarticulada, la cual es traída el día de hoy a cirugía para lavado del muñón, se continua con soporte ventilatorio y se administra anestesia general con 350 mcg de fentanilo + 4,5 mgs de midazolam y el mantenimiento se realiza con isoflurano a 0.5 MAC. paciente hemodinamicamente estable, se realiza procedimiento sin complicaciones. Se traslada a la unidad de cuidados intensivos para continuar soporte

ALEXANDER SOLANO 16:29

ESPECIALIDAD: TRAUMATOLOGO-ORTOPEDISTA ,! ortopedia paciente con fractura abierta de fémur con manejo qx desarticulación hoy se realiza lavado quirúrgico curetaje de j pelvis procedimiento se evidencia tejido viable con escasa necrosis superficial del musculo y piel se debrida y lava con solución salina 100000 cc se afronta piel se deja desempaquetada plan lavado qx en 48 horas según evolución inicio de cierre de la herida

GILMAR MOSQUERA MARTINEZ

17:32 **ESPECIALIDAD:** INTERNISTA

UCI ADULTOS REINGRESA PROCEDENTE DE SALAS DE CIRUGIA DONDE SE **REALIZO LAVADO QUIRURGICO Y DEBRIDAMIENTO**, según nota de ortopedia se observó viabilidad tisular, programo nuevo lavado 1; qx en 48 horas, se transfundió gre 2 un sin complicaciones, ahora recibe transfusión de pfc hasta i el momento sin complicaciones, al terminar transfusión se realizará control de coagulación y i cuenta plaquetaria manual, se espera con escalación antibiótica respuesta en 48 horas continua pronostico desfavorable.

ANTONIO JOSE GIPIS SAAVEDRA. 23:02

especialidad: médico general evolución uci noche dx y tto anotados sin soporte vasoactivo, ni inotrópico, fentanyl 200mcg/hora, ventilación mecánica: v/c vc: 460 fr: 12 peep: 6 fio2: 35% diuresis: 0.6cc/kg/hora, balance anterior: 0.6cc/kg/hora, examen físico: ta: 88/40 tam: 56 fc: 107 fr: 12 t: 36.7 sao2: 97% pvc: 10 gluco: 125 mucosas húmedas, ictericas, no iy, rs cs rs taquicardicos, no s3, mv conservado, roncus ambos campos pulmonares, cvc subclavio derecho, tot permeable funcional, abdomen blando, depresible, orina colorica, mid con muñón que presento sangrado en la tarde ahora sin sangrado activo, mil con edema gl, neurológico con efecto de sedoanalgesia, análisis: tiempos de coagulación ligeramente prolongados, no corrigió con 4 u pfc, sin embargo se esperara control en 3 horas, **MUÑÓN QUIRURGICO ESTUVO CON SANGRADO** en la tarde, ortopedia valoro y realizo vendaje hemostático, actualmente sin evidencia de sangrado activo, oligurica, sirs activo, se aislo klebsiella en muestra de tejido blando, hoy se ajusto antibioticoterapia, se vigilara signos de sangrado, mantener diuresis >1cc/kg/hora, pvc: 10-12 glucometrias 65. PRONOSTICO MALO. PACIENTE CON TENDENCIA A LA HIPOTENSION se comenta con internista de turno quien esta de acuerdo en **iniciar vasoactivo**

GILMAR MOSQUERA MARTINEZ 23:22

ESPECIALIDAD: INTERNISTA UCI NOCHE PRESENTA EPISODIO DE **HIPOTENSION ARTERIAL** que no recupero respuesta presora. con cristaloides, por tanto, inicio norepinefrina por bic, obteniendo mejor control de presion arterial con tam mayor de 80

06-02-2011 antonio.gipis - ANTONIO JOSE GIPIS SAAVEDRA 06:51

ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL potasio 3.0 hb: 5.5 tiempos prolongados, se indica transfusión de 2 ugre, 4 u pfc y reposición de potasio por vía central 6meq/hora

lilian.munoz • lidian consuelo Muñoz marrugo 10:34 especialidad: internista sepsis de tejidos blandos/ fascitis necrotizante/ pop desarticulación de cadera derecha falla multiorgánica: hígado/ Hematología/ coagulopatía/ renal' cardiovascular paciente con hipertensión que ha requerido escasos inotrópicos con adecuada recuperación de la pa. diuresis limítrofe baja. respuesta parcial al diurético.

WLADIMIR DIAZ ANGULO 18:54 |

ESPECIALIDAD: médico general evolución uci tarde, diagnósticos y manejo anotados, paciente muy critica, sin soporte inotrópico, **SOPORTE VASOACTIVO CON NOREPINEFRINA** a 0.04 mcg/kg/min, soporte ventilatorio mecánico invasivo en modo simv + presión soporte 8, peep 6, fio2 35%. relación I-e= 1:2, sin sedación, analgesia con fentanyl a 250 mcg/hr, net jevity a 60 cc/hr por sonda nasoyeyunal, reposición de potasio central a 6 meq/hr, ta: 131/81, tam: 97, fc: 103, fr: 12, t: 36, pvc: 12, sao2: 98%, glucometría: 111, mucosas húmedas, conjuntivas pálidas escleras ictericas, tubo orotraqueal permeable, con secreciones mucoides escasas, catéter venoso central yugular interno derecho sin signos de infección ni sangrado activo aparente, no ingurgitación yugular, ruidos cardiacos taquicárdicos, no soplos, pulmones sin sobreagregados, abdomen blando, depresible, no masas, herida quirúrgica sin signos de infección ni sangrado activo, gu: diuresis por sonda vesical a 2.2 cc/kg/hr, snc: glasgow 9/15,

extremidades con desarticulación quirúrgica de miembro inferior derecho, muñón sin sangrado activo, miembros superiores con edema grado 2, miembro inferior izquierdo con edema grado 2, pulsos presentes, llenado capilar < de 2. segundos, análisis y plan: paciente muy crítica, con destete progresivo de vasoactivo, buen control de cifras tensionales, se continua con igual manejo médico, mañana se llevará a lavado quirúrgico programado y según hallazgos cierre progresivo, se solicitarán electrolitos control para evaluar reposición. se explica a familiares sobre estado actual y pronóstico reservado

WLADIMIRDIAZ ANGULO 19:00

especialidad: médico general nota: tolera adecuadamente transfusión de hemoderivados 3 unidades de gre, 4 unidades de plasma fresco congelado, se solicitarán paraclínicos control en 8 hrs

07-02-2011 - LILIAN CONSUELO MUÑOZ MARRUGO

00:10 especialidad: internista potasio control 3.4 por lo que se disminuyó el goteo a 3meqhora

LILIAN CONSUELO MUÑOZ MARRUGO

especialidad: internista mucho más despierta intranquila acoplada a ventilacion mecánica. se ha logrado destete de inotropia con hipertensión con noradrenalina. diuresis abundante >1cc/k/hora con balance + (transfundida). no sangra.do el día de hoy. sangrado genital escaso. se indica seguir el manejo, revisión q programada por ortopedia, analgesia con fentanyl y ab instaurado vigilanco respuesta leucocitaria. ss. gonadotrofina.

ANTONIO JOSE GIPIS SAAVEDRA 01:14 -ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL

ANTONIO JOSE GIPIS SAAVEDRA 06:23

ESPECIALIDAD: MEDICO GENERAL HB: 7.8 PT: 18.9 INR; 1.55 PTT: ? VA PARA CIRUGIA HOY A LAVADO DE MUÑON MID (...)

Por otro lado, a folios 59 a 63 del cuaderno de pruebas No. 3, obra atención posterior del **07 de febrero de 2011 al 24 del mismo mes y año**, en el cual se evidencia que la demandante tuvo complicaciones para su recuperación:

07-02-2011

mucho mas despierta intranquila acoplada a ventilación mecánica. se ha logrado destete de inotropia con hipertensión con noradrenalina. diuresis abundante >1cc/k/hora con balance + (transfundida). no sangrado el día de hoy. sangrado genital escaso. se indica seguir el manejo, revisión q programada por ortopedia, analgesia con fentanyl y ab instaurado vigilando respuesta leucocitaria. ss. gonadotrofina.

paciente con idx anotados, a quien el día de hoy se le realiza lavado de muñon de amputación de miembro inferior derecho. en el momento Hemodinamicamente estable, con una ostensible mejoría clínica de su cuadro séptico. se le administra anestesia general con fentanilo 450 mcg + midazolam 6 mg + tps 300mg. paciente tolera adecuadamente el procedimiento, sangrado aproximado de 300cc. modo ventilatorio volumen control, fio2 100%. ta: 124/90 fc: 100x fr: 10x. buenas condiciones generales (...)

08-02-2011

paciente con mejora notoria. esta despierta acoplada al ventilador. tiene dolor a pesar del fentanyl. diuresis adecuada pero balance positivo. tolerando la nutrición plena a 60cc/hora. glucometrias controladas. se ha logrado destete de inotropia. ef: 132/78 fc 112x fr 12x asistida por ventilador. pvc 10 sator 98% gluco 122 rscrs no soplos galope o frote. pulmones con mv unviarsal abdomen blando muñon sin sangrado cubierto.

laboratorios: radiografía de tórax con derrame pleural bilateral. f. renal normal con hipokalemia moderada. transaminasas normales. bilirrubinas bajando ck bajando. hemograma con anemia severa. leijcos en descenso con plaquetas subiendo y ligera prolongación de tiempo de coagulación.

considero: paciente con evolución estacionaria con leve tendencia a la mejora. se fomenta el balance negativo con diuretido y disminución dado que ya tiene net de los lev. se baja la sedación y se deja con analgesia por sng.

09-02-2011

paciente Hemodinamicamente estable sin inotrópico. acoplada a vm en cpap. no disnea. no secreciones pulmonares. buena diuresis.

134/95 fc 98x fr 16x sato2 98% paciente en muy malas condiciones generales. normocéfala. pálida. cav oral sin lesiones. no ingurgitación yugular. rscrs no soplos. abdomen con herida qx en buen estado. muslo con herida cruenta en buen estado con escasa secreción fétida

laboratorios: leucos en descenso con f. renal normal. radiografía de tórax normal.

considero: evolución adecuada con criterios de extubación, pero dado que será llevada a cirugía se mantiene con iot y se difiere la extubación, ajustamos analgesia con tramadol y suspendemos del todo la infusión de fentanyl además de analgesia.

EVOLUCION UCI DIA, DIAGNOSTICOS: 1. SHOCK SEPTICO EN RESOLUCION, 2. SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS, 3. FASCITIS NECROTIZANTE, 4. SINDROME DE DISFUNCION MULTIORGANICA CON FALLA RENAL AGUDA RESUELTA, HEPATITIS SEPTICA, 5. POSTOPERATORIO DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA CON HEMATOMA RETROPERITONEAL, 6. POSTOPERATORIO DE DESARTICULACION SECUNDARIA A FRACTURA EXPUESTA CON FASCTIS NECROTIZANTE ASOCIADA 6TO DIA,

(...)

*paciente con idx de sepsis severa de tejidos blandos, falla multiorganica en resolucion. es traída el día de hoy para realizarle un **lavado del muñon de la desarticulacion. se administra anestesia general endovenosa**, la paciente continua intubada, con parametros venti lato rios basales, se aumenta fio2 al 100%, se pasa a modo ventilatorio volumen control y se titula medicacion anestesia de acuerdo a las necesidades del paciente. en total se administran 500 mcg de fentanilo + 500 mg de tiopental sodico + l1docaina 60 mg + ketamina 200 mg en total. paciente hemo dinamicamente estable, tolera el procedimiento de manera adecuada y exitosa. se deja paciente al cuidado del grupo de enfermeria y terapia respiratoria de la uinidad de cuidados intensivos. ta: 140/90 fc: 80x fr: 12x spo2: 100%*

**10-02-2011gilmar.mosquera - GILMAR MOSQUERA MARTINEZ
ESPECIALIDAD: INTERNISTA**

EVOLUCION UCI DIA, DIAGNOSTICOS; 1. SHOCK SEPTICO EN RESOLUCION, 2. SEPSIS DE TEJIDOS BLANDOS, 3. FASCITIS NECROTIZANTE, 4. SINDROME DE DISFUNCION MULTIORGANICA CON FALLA RENAL AGUDA RESUELTA, HEPATITIS SEPTICA, 5. POSTOPERATORIO DE LAPAROTOMIA EXPLORATORIA CON HEMATOMA RETROPERITONEAL, 6. POSTOPERATORIO DE DESARTICULACION SECUNDARIA A FRACTURA EXPUESTA CON FASCTIS NECROTIZANTE ASOCIADA 7MO DIA,

antibioticos: meropenem 1 gr ev c/8 hrs (dia 5), ciprofloxacina 400 mg ev c/12 hrs (dia 5), amikacina 1 gr ev c/24 hrs (dia 5), sin sedación, sin soporte inotropico, sin soporte vasoactivo, soporte ventilatorio mecánico invasivo en modo simv + presión soporte de 10, peep 6, fio2 35%, balance acumulado (...)

11-02-2011

paciente tolerando 24h de extubación. sin disnea. no dolor no fiebre no escalofríos no sangrado. **muy deprimida por la pierna amputada.** tolerando la via oral sin diarrea. ef: 145/92 fc 98x fr 16x satoe 96% fioe 40% pulmones con disminución bilateral basal del mv. rscsrs no soplos. abdomen blando con herida qx en buen estado cicatrizando. muñon con secreción purulenta fétida. no destapo.

laboratorios: f. renal normal con electrolitos normales. hemograma con moderada leucocitosis con neutrofilia. plaquetas y tiempos normales. hb de 10. gases arteriales con leve alcalosis metabólica cin hipoxemia. radiografía de tórax con derrame pleural bilateral con infiltrados alveolares difusos. magnificación de la silueta cardiaca por la proyección. considero: evolución estacionaria. se espera a reporte del lavado qx actual dado qué tiene bacteria ab adecuada.

13-02-2011

Paciente en mejores condiciones generales, se lleva a lavado más desbridamiento quirúrgico más afrontamiento de la herida, se administra anestesia espinal sin complicaciones con 10 mg de bupivacaina pesada más 20 microgramos de fentanyl, se deja con dipirona como analgesia. Llego con 3.2 de potasio se le pone reposición por vena periférica.

pacte con dxco de sepsis, post fx abierta contaminada, solo refiere dolor en zona quirúrgica, afebril, hidratado, tolera sin oxígeno, c.p. bien ventilado, rscsrs, alerta y orientado, sin déficit neurológico, buena diuresis, abdomen blando, leve dolor en fid, no signo de irritación peritoneal, -.tolera vía oral. s.v. t.a. 140/80; fe 83; 28 lab. función renal normal, electrolitos normales, con leucocitosis con neutrofilia, hb 8,8 grs, baja, evol favorable, plan com. pronóstico reservado

(...)

20-02-2011

paciente en compañía de familiar quein refiere muy leve dolor, no fiebre tolerando via oral, pa 120/70 fc 85 fr 18 ruidos cardiacos ritmcios no soplos, pulmonar ventilaods no ruidos sobreagregados, no se destapa herida se continua igual manejo

PACIENTE LÚCIDA A QUIEN **SE PRACTICO CIERRE DE MUÑON** EN EL DIA DE AYER AFEBRIL POCO DOLOR TOLERA VIA ORAL EL PLAN ES CONTINUAR CURACIONES DIARIAS.

Ahora bien, en audiencias de pruebas se recibieron los testimonios de José Wilmer Caicedo, Ercindo Hinstroza Angulo y Fernando Forero Botina, quienes manifestaron lo siguiente:

José Wilmer Caicedo

Testigo de oídas de los hechos, manifiesta ser muy cercano al grupo familiar demandante, de igual forma sostiene que a raíz del accidente la demandante se ha visto afectada anímicamente en su semblante, siendo más apática, distante e indiferente en cuanto a su entorno y relación con los demás.

Ercindo Hinestroza Angulo

Testigo de oídas que no tiene relación directa con los hechos de la demanda, reiterando lo manifestado por el primer testigo en cuanto el cambio anímico de la demandante después del accidente.

Fernando Forero Botina

Teniendo en cuenta que el testigo fue el auxiliar de enfermería que atendió a la actora en el CIS de la entidad Comfenalco Valle (antes Comfamar), se transcribe a literalidad lo manifestado por el referido testigo:

“...La paciente ingresó por fue un domingo y estaba de turno con el doctor Pretel. La paciente fue llevada por personas particulares que ninguno se identificó como familiar de ella, la paciente llegó en muy malas condiciones generales, si bien estaba consciente, la paciente estaba muy álgida, muy quejumbrosa

(...) había llovido entonces, la paciente estaba mojada, estaba sucia, tenía una herida a nivel del fémur derecho y estaba, pues, con golpes de forma generalizada ... que pues ese fue el estado como general en el que la paciente llegó la atención que se le brindó fue la atención general que brinda el CIS, que es un centro integrado de servicios que presta (...) prestaba atención de urgencia primaria (...)

que, según ordena el médico, se le canalizaron dos vías venosas, se hidrató, se colocó analgesia. El doctor realizó la sutura de una herida que tenía en la cara y realizó sutura de afrontamiento en el en el muslo, el vendaje compresivo y se remitió inmediatamente la paciente.

*Llega el doctor, pues **da orden de que se remita** porque el nivel de complejidad que ella requería no era el que nosotros podríamos prestarle en el CIS (...) la paciente fue atendida en el CIS, no en la clínica, la clínica central queda en el centro y ella fue atendida en el CIS del Pailón, que es un Centro adicional que atendía en ese tiempo a otro lado de la ciudad.*

*¿Podría por favor indicar detalladamente el procedimiento que se le hizo a la señora clara Rosa Hinestroza que según las condiciones en que ella se presentó **el 30 de agosto del año 2011?** Pues la paciente llegó, inmediatamente ingresó y el doctor realiza su valoración, ordena que canalicemos dos vías venosas yo canalizo dos vías venosas periféricas se hidratan que se coloca la emergencia ordenada por él y luego el doctor realiza la sutura, la limpieza y la sutura de la cara luego lava la herida del muslo derecho porque la herida era una herida que estaba abierta, permitiendo pues la visualización del músculo de tendón era una herida expuesta de fémur, el doctor realiza el lavado con solución salina y posterior a eso él coloca puntos de afrontamiento*

y le hago un paréntesis y que había ocasionado la herida. Según nos dijeron, unas personas que llegaron la encontraron tirada en la carretera, la levantaron, la subieron en un karpaty y la llevaron hasta allá, solamente nos dijeron que la paciente la encontraron ahí tirada, mojada y nos la dejaron así. No había familiares, entonces la paciente solamente dijo que se había caído, dio el nombre y dijo que vivía en el barrio Nueva Granada, pero no se tenía más información (...) una herida,

según su experiencia de enfermero auxiliar de enfermería. ¿En la producción, la caída o algo más importante? Pues una fractura es como esas, puede ocasionarle a un golpe de un trauma, pero que la ocasionó en ella, no sabría decirle. (...)

¿Podría por favor, informar al despacho cómo es **el trámite de las ambulancias** en la ciudad de Buenaventura? Pues en la ciudad de Buenaventura como tal en nosotros en ese tiempo en el CIS no se tenía, no se ha contado con ambulancia dentro de ahí en la institución, por ser una institución que les prestaba solamente un servicio de urgencia básica, entonces cuando llega un cuando llegaba en ese tiempo un herido que requería una atención mayor a la que nosotros podríamos prestarle, inmediatamente se llamaba la ambulancia a la ambulancia que hubiera disponible en ese momento, que creo que para este caso la que llegó fue la ambulancia de los bomberos porque el CIS no es (...) no cuenta con ambulancias como tal. (...).

¿A qué se refiere cuando me dice **diligenciamiento de la historia clínica** quien llena los folios? Sí, señor, la historia clínica como tal, allá en el médico, la atención inicial de urgencias y el mismo hace la hoja de atención, la remisión y con ese despacho (...). Estuvo usted presencialmente en el examen físico que se le hizo a la paciente y la valoración inicial, sí. ¿Podría indicarme si la historia clínica, refiere? ¿Que la paciente tenía sensibilidad en la fractura en la pierna donde tenía la fractura podría indicarnos cómo se lo cómo se logró llegar a esa conclusión?

Esos son parámetros de valoración física médicos, entonces esa parte no la puedo responder yo porque ese examen físico y esa valoración le realiza el médico de turno, ya que mi función como auxiliar de enfermería no es esa. ¿Podría indicarnos, para formalizar el análisis, cuál fue el método empleado? ¿cuál es? Con la información médica para formular el diagnóstico. ¿Cuál fue la información médica para realizar el diagnóstico? El diagnóstico lo hace el médico, no el auxiliar de enfermería, el médico le realizó indagaciones a la paciente y en el momento de la atención médica para poder formular el diagnóstico, eso se lo puede responder el médico, porque mi función como auxiliar de enfermería es cuando la paciente ingresa, cumplir las órdenes del médico entonces lo que el médico me dice inicialmente apenas llega la paciente es canalizamos de 2 vías pasémosle líquidos y al este método para suturar, esa es mi función como auxiliar, realizar el examen físico de la paciente en el examen físico lo hace el médico, lo hace él en ese momento, pero mi función es alistar lo que el médico me pide, que yo esté presente para al lado del médico mientras le no (...) eso no...”

En vista de lo anterior, frente al daño consistente en la amputación del miembro inferior derecho de la señora CLARA ROSA HINESTROZA PALACIOS como consecuencia del accidente de tránsito (**fractura expuesta Grado III de fémur**), la *lex artis* es poco alentadora frente a la gravedad de la lesión presentada y el adverso pronóstico para este tipo de fracturas abiertas y el grado de calificación (III), exponiendo la doctrina médica²⁵ lo siguiente:

“Introducción

La presencia de una fractura con exposición de hueso ha sido sinónimo de amputación, infección profunda o muerte durante el primer mes. La infección profunda con osteomielitis, tras una fractura abierta, continúa siendo una complicación temida y devastadora de las fracturas expuestas. La piel representa

²⁵ <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedicatratumatologia-129-articulo-fracturas-abiertas-S1888441510001372/16/05/2024> J.M. Muñoz Vives^a, P. Caba Doussoux^b, D. Martí i Garín^c ^aSección de Traumatología, Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona, España; ^bUnidad de Traumatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España -^cUnidad de Traumatología, Hospital de Sabadell, Corporació Sanitaria del Parc Taulí, Sabadell, España

la principal barrera mecánica contra la infección, y cuando se produce una fractura abierta la herida resulta contaminada de inmediato por flora de la piel o ambiental. Los tejidos blandos desvitalizados son un entorno ideal para la proliferación bacteriana, y si no se plantea un tratamiento precoz que incluya el desbridamiento, tratamiento con antibióticos y fijación, el riesgo de infección es muy alto¹.

El tejido vivo es la mejor defensa contra la infección. Los tejidos con baja perfusión ofrecen el mejor medio a la proliferación bacteriana. Uno de los pilares del tratamiento de las fracturas abiertas es extirpar aquellos tejidos que no se encuentran en condiciones de defenderse de los gérmenes. La extirpación de los tejidos muertos, no elimina por completo los microorganismos, pero reduce su número de forma significativa y los microbios restantes tienen mucha más dificultad para proliferar en los tejidos vivos que quedan.

Las fracturas abiertas se acompañan frecuentemente de pérdida de partes blandas que el desbridamiento puede ampliar, otro paso fundamental para conseguir una extremidad funcional es la cobertura de esta pérdida.

El objetivo de esta revisión es repasar los avances en el tratamiento de las fracturas abiertas, buscando evidencia científica del más alto nivel aunque no siempre la hemos encontrado. A pesar de ser relativamente frecuentes su presentación es heterogénea, lo cual impide llegar a conclusiones significativas en todos los aspectos y aunque las fracturas abiertas pueden presentarse en cualquier hueso hemos usado como referencia la fractura abierta de tibia.

Tratamiento antibiótico

El tratamiento antibiótico de las fracturas abiertas ha permitido reducir la tasa de infección posquirúrgica y se considera el estándar de tratamiento en la actualidad, aunque no es el factor principal para prevenir la infección. Dellinger et al², en 204 fracturas expuestas, pusieron de manifiesto que los factores relacionados con la aparición de infección están más relacionados con el grado de lesión de las partes blandas y el tratamiento de las mismas que con la duración o modalidad de tratamiento antibiótico.

Gran parte de los conceptos y guías terapéuticas actuales acerca de la profilaxis se basan en estudios realizados hace más de veinte años con los conceptos del tratamiento de las fracturas abiertas distintos a los actuales. El ensayo clínico de Patzakis et al³ fue el primero en demostrar el efecto beneficioso en la reducción de complicaciones infecciosas siguiendo una pauta de cefalosporinas de primera generación comparado con penicilina y placebo. Estos resultados fueron confirmados posteriormente por otros estudios como el de Gustilo y Anderson⁴, que mostraban una tasa de infección del 2,4%, en una serie de 520 pacientes tratados con cefazolina. Las bases actuales del tratamiento se han establecido de acuerdo con dos meta-análisis, uno publicado por la East Association of Surgery of Trauma⁵ (EAST) que recoge una revisión de 50 artículos publicados hasta 1997, de los cuales 10 eran estudios prospectivos aleatorizados. El análisis conjunto mostró una reducción clara de la infección postoperatoria tras la profilaxis antibiótica. La otra revisión sistemática fue publicada por Gosselin et al⁶ y objetivó una reducción del 59% del riesgo de infección con el empleo de las pautas antibióticas actuales.

Los conceptos de tratamiento en fracturas complejas y abiertas han evolucionado y se basan en las estrategias de tratamiento escalonado, técnicas poco invasivas de

osteosíntesis y cobertura precoz de partes blandas para preservar la biología de la consolidación ósea y evitar buena parte de las infecciones nosocomiales sobrevenidas.

También se han producido cambios en la epidemiología de las infecciones intrahospitalarias; las bacterias que provocan las infecciones en las fracturas abiertas proceden de la flora saprofita de la piel o gérmenes ambientales y de la flora hospitalaria. La flora saprofita o ambiental puede contaminar la herida en el momento del accidente; pero es la flora intrahospitalaria la que más frecuentemente coloniza el hueso y la herida durante los procedimientos quirúrgicos posteriores o a través de la colonización de la piel.

Los primeros protocolos de profilaxis se basaban en terapias antibióticas de larga duración y en el empleo de cultivos de herida antes del desbridamiento. Los estudios iniciales mostraron una alta correlación entre los gérmenes cultivados en la herida inicialmente y los que provocaban la infección. Robinson et al⁷ concluyeron que la mayoría de las fracturas abiertas están contaminadas en el momento de la primera asistencia hospitalaria; los gérmenes aislados eran contaminantes comunitarios sensibles a la mayor parte de antibiótico y no se recomendó la realización rutinaria de cultivos ya que su eficacia clínica en la reducción de la infección es baja. Lee et al⁸ vieron que solo un 8% de los gérmenes que crecieron en los cultivos iniciales fueron los causantes de la infección definitiva, y la correlación con los cultivos realizados después del desbridamiento también fue baja, inferior al 25%. En un estudio posterior, Carsenti-Etesse et al⁹ demostraron que el 92% de las infecciones aparecidas tras fractura abierta se debieron a la infección adquirida en el hospital.

La mayor parte de las infecciones en fracturas abiertas se deben a cepas de Staphylococcus aureus, Streptococcus sp., Enterococcus y bacilos gram-negativos como Pseudomona aeruginosa, Enterobacter o Proteus. Además, frecuentemente se cultivan cepas de gérmenes multiresistentes como S. aureus meticilin resistente (MRSA), cepas de Enterococcus resistentes a vancomicina (VRE) y bacterias gram-negativas multirresistentes. El hecho de que la mayoría de las infecciones se produzcan dentro del hospital ha cambiado el concepto sobre el tratamiento antibiótico. Aunque la discusión acerca de si se trata de profilaxis o tratamiento sigue vigente y no parece tener una gran relevancia clínica. Independientemente del tratamiento antibiótico inicial, es aconsejable un desbridamiento amplio y efectuar una cobertura precoz de la herida para evitar la infección.

No existen datos concluyentes para establecer con criterios definitivos la mejor estrategia de tratamiento antibiótico, aunque la tendencia actual es hacia una reducción clara de la duración del tratamiento. Los principales puntos de discusión son el momento ideal para el comienzo del tratamiento, la duración total del tratamiento antibiótico y la mejor combinación de fármacos. Otros campos de investigación son la eficacia de los dispositivos de liberación local de antibióticos, mediante bolas de polimetilmetacrilato o material de osteosíntesis impregnado.

*Los estudios disponibles sugieren que el tratamiento antibiótico debería ser iniciado lo antes posible tras producirse la fractura. Patzakis y Wilkin¹⁰ registraron una tasa de infección del 4,7% cuando el tratamiento se instauró durante **las primeras tres horas** frente a un 7,4% cuando el tratamiento se retrasó.*

Antibióticos

Los resultados de los cultivos tomados de la herida demuestran que la gran mayoría de los gérmenes aislados son sensibles a fármacos con efecto bactericida frente a los estafilococos. Las cefalosporinas de primera generación tienen buena penetrabilidad en hueso y tolerancia y baja toxicidad y son el tratamiento de elección en fracturas abierta grado I y II cuando no existe contaminación importante.

Las heridas con importante afectación de partes blandas, como ocurre en las fracturas grado III de Gustilo, o aquellas que se producen en entornos con abundante materia orgánica, como tierra o estiércol, están con frecuencia contaminadas desde el principio por flora gram-negativa y precisan una cobertura antibiótica más amplia. La combinación más empleada consiste en la administración de una cefalosporina de primera generación con un aminoglucósido. La administración de aminoglucósidos en dosis divididas múltiples tiene una incidencia de nefrotoxicidad más alta que cuando se administra en dosis única y la administración en dosis única presenta mejor actividad frente a pseudomonas y otros gram-negativos¹¹. Los estudios comparativos entre la terapia combinada clásica, con cefalosporinas y aminoglucósidos, frente a otras combinaciones, como cefalosporinas de tercera generación en dosis única o ciprofloxacino, son favorables a la primera combinación¹².

Existe controversia acerca del tratamiento antibiótico inicial de las fracturas abiertas en las que existe contaminación por materia orgánica, como las que ocurren en el medio agrícola, o las lesiones con compromiso vascular. Para que se produzca una infección por clostridium es necesario que exista un entorno anaerobio como el que se produce en presencia de tejidos necróticos o espacios muertos. El papel de un desbridamiento precoz y amplio es clave para evitar la gangrena gaseosa. Por otro lado, tanto la cefazolina como la combinación de amoxicilina y ácido clavulánico muestran una excelente actividad bactericida frente a clostridium. La mayor parte de las pautas recomendadas incluyen en estos casos la penicilina G en dosis elevadas, pero no existe ninguna evidencia.

Las recomendaciones de tratamiento antibiótico se establecen de acuerdo con la clasificación de Gustilo ([tabla 1](#)) aunque hay que recordar que la fiabilidad intraobservador de esta clasificación es baja, de un 60%, por lo que la decisión del tratamiento debe individualizarse en función de la lesión de partes blandas, el tiempo transcurrido y la contaminación de la herida ([tabla 2](#)).

Tabla 1.
Clasificación de las fracturas abiertas

Tipo de fractura	Descripción			
	Contaminación mecanismo	Fractura	Herida	Lesión de partes blandas
Tipo I	Limpia	Transversa u oblicua corta	Menor de 1cm	Mínima lesión de partes blandas
	Baja energía			No aplastamiento
Tipo II	«Dentro hacia afuera»			
	Contaminación moderada	Conminución moderada	Mayor de 1cm	Sin lesión extensa de partes blandas, avulsiones o colgajos de piel

Tipo de fractura	Descripción			
	Contaminación mecanismo	Fractura	Herida	Lesión de partes blandas
Tipo III	Traumatismo por alta energía	Gran conminución e inestabilidad de los fragmentos	No valorable	Lesión extensa de partes blandas, incluyendo músculo, piel, y estructuras neurovasculares
Tipo III A	Herida contaminada Alta energía, lesiones por aplastamiento	Fracturas conminutas y segmentarias	No valorable	Cobertura de partes blandas adecuada, cierre directo con tejidos blandos. Despegamiento perióstico y exposición de la fractura. Requiere técnicas de reconstrucción secundaria con colgajo local o libre para la cobertura de la fractura
Tipo III B	Contaminación masiva	Despegamiento perióstico	No valorable	Cualquier fractura abierta con lesión vascular asociada que requiera reparación, independientemente de la lesión de partes blandas
Tipo III C	Cualquiera	Cualquiera	No valorable	

Gustilo et al⁵³.

Tabla 2.
Tratamiento antibiótico según clasificación gustilo

Clasificación de Gustilo-Anderson	Tratamiento de elección	Tratamiento optativo	Alergia a penicilina	Notas
Tipo I y II:	Cefazolina 1g IV en el ingreso seguido de cefazolina 1g/8h IV (3 dosis) Cirugía: 1g IV en la inducción. Repetir dosis de cefazolina 1g si duración de la cirugía ≥3h Cefazolina 1g/8h IV en el postoperatorio (3 dosis).	Amoxicilina-clavulánico 2g IV al ingreso seguido de amoxicilina-clavulánico 2g IV cada 8h (3 dosis)	Vancomicina 1g IV una hora antes de la cirugía. Repetir dosis de vancomicina 1g si duración de la cirugía ≥6h.	Considera r el tratamient o coadyudan te con cemento impregnad o de antibiótico (3,6g de tobramicin a por 40g de cemento) en fracturas con pérdida ósea o gran exposición
Tipos II:y III A y B	Cefazolina	Cefazolina	Vancomicina	

Clasificación de Gustilo-Anderson	Tratamiento de elección	Tratamiento optativo	Alergia a penicilina	Notas
Heridas contaminadas por materia orgánica <i>Aplastamientos</i> <i>Tipo III C</i>	2g IV al ingreso	2g IV al ingreso	1g/12h IV administrando la primera dosis al ingreso y manteniendo la pauta durante 48h desde el ingreso	
	1g/8h IV durante 48h desde el ingreso	1g/8h IV durante 48h desde el ingreso		
	<i>Gentamicina</i> 240mg/24h IV administrando la primera dosis al ingreso y manteniendo la pauta durante 48h desde el ingreso	<i>Levofloxacino</i> 500mg IV cada 12h en perfusión lenta IV	<i>Gentamicina</i> 240mg/24h IV administrando la primera dosis al ingreso y manteniendo la pauta durante 48h desde el ingreso	
	Añadir <i>penicilina G</i> 4.000.000UI/c4h al ingreso	Sustituir cefazolina por <i>amoxicilina-clavulánico</i> 2g I V al ingreso seguido de <i>amoxicilina-clavulánico</i> 2g IV cada 8h no más de 72h	Añadir <i>clindamicina</i> , 2,4–2,7g/día IV, fraccionado en 2–4 dosis iguales	

administración de cefazolina durante la cirugía; IV: intra venoso.

No existe evidencia ninguna que apoye el empleo de pautas superiores a los tres días ni pautas repetidas tras las cirugías subsiguientes^{5,13}. Dellinger et al¹⁴ no encontraron diferencias significativas entre tratamientos de 24 y 5 días de duración. La mayoría de las guías clínicas siguen recomendando pautas de tratamiento entre 48 y 72h para las fracturas tipo II y III.

El tratamiento con cemento de polimetilmetacrilato impregnado de antibiótico se ha empleado como tratamiento coadyuvante de la antibioterapia sistémica de las fracturas abiertas y ha mostrado una reducción de la infección. Ostermann et al¹⁵ encontraron que la tasa de infección era significativamente más baja en el grupo tratado con tratamiento local coadyuvante con polimetilmetacrilato impregnado con tobramicina respecto al grupo tratado con antibioterapia aislada.

Se han publicado también estudios con el uso aislado de antibióticos locales; Moehring et al¹⁶ en un estudio aleatorizado y prospectivo no encontraron diferencias significativas en la tasa de infección entre el grupo tratado con antibioterapia sistémica y otro tratado únicamente con cemento impregnado de tobramicina. Las ventajas principales de este método de tratamiento son las altas concentraciones locales de antibiótico, entre 10 y 30 veces más que con la administración endovenosa, con una reducción de los efectos secundarios sistémicos. Existen dudas acerca de la posibilidad de crear resistencias con el tratamiento local y sobre el posible efecto inhibitorio de la actividad osteoblástica¹³. Los antibióticos con mejor perfil para el tratamiento local son los aminoglucósidos, debido a su estabilidad térmica, amplio espectro de actividad y baja capacidad alérgica. La dosis habitual recomendada es de 3,6g de tobramicina por cada 40g.

Otros sistemas de liberación lenta, como los clavos intramedulares recubiertos de antibiótico, o elementos reabsorbibles, como sulfato de calcio o ácido

poliláctico impregnados con antibiótico, han sido empleados en la práctica clínica, pero la experiencia es corta y no existen pruebas de su eficacia real.

Amputación

La primera decisión en una fractura abierta es si puede salvarse la extremidad lo cual depende de muchos factores: edad, condición previa, lesión vascular, presencia de otras lesiones, entre otros. La amputación «cortando por lo sano» es el más radical de los desbridamientos y a algunos pacientes les salva la vida.

La decisión de amputación inmediata la toma el equipo asistencial, con poca influencia por parte del paciente y su entorno. La amputación secundaria suele ser una decisión compartida entre el paciente y su traumatólogo, normalmente porque ambos pronostican una mala funcionalidad del miembro.

Se ha intentado establecer factores o escalas pronósticos de la amputación secundaria, cuya aplicación evitaría el sufrimiento del paciente desde el accidente hasta el momento de la amputación secundaria. Lange et al¹⁷ establecieron como factor pronóstico la ausencia de sensibilidad de la planta del pie y, en 1990, Johansen et al¹⁸ introdujeron la escala Mangled Extremity Severity Score (MESS) que incluye variables como edad, tiempo de isquemia y grado de lesión para intentar establecer un pronóstico de amputación secundaria. Con posterioridad han aparecido otras escalas para ayudar en la toma de decisión sobre amputación. Sin embargo, un estudio multicéntrico prospectivo bajo los auspicios del LEAP Study Group¹⁹, sobre una cohorte inicial de unos 600 pacientes, demostró que ninguno de los factores (lesión arterial, del nervio tibial posterior...) ni ninguna de las escalas publicadas predecía la amputación de la extremidad.

Un meta-análisis²⁰ no encontró diferencias significativas en los resultados funcionales entre los pacientes amputados y no amputados 7 años después del accidente. Es más, el estudio identificó como factores pronósticos de mal resultado funcional, el nivel educacional bajo, la pobreza, la raza no blanca, la edad avanzada, el sexo femenino, no tener seguro, tener un bajo soporte social, fumar y litigar por una compensación; de forma decepcionante, el estudio no identificó ninguna variable controlable por el traumatólogo.

A la vista de los resultados la decisión sobre la amputación inmediata de la extremidad debe tener en cuenta muchos factores, pero ninguno de ellos discrimina de forma absoluta cual va a ser el paciente con un mal resultado. La decisión de amputación de forma secundaria debe colegiarse con el paciente siempre que sea posible.

Desbridamiento y cuidado de la herida

*Se ha establecido que las fracturas abiertas **deben desbridarse antes de 6h** y parece lógico que cuanto antes se elimine la carga bacteriana y menos tiempo tengan los microbios para colonizar áreas vecinas menor será la tasa de infección^{21,22}. Sin embargo, Spencer et al²³ no han encontrado tal relación y justifican el retraso en el desbridamiento si este puede ser realizado por un equipo experto. (negrillas del tribunal)*

En muchas ocasiones el desbridamiento inicial no consigue su objetivo de eliminar todos los tejidos no viables y son necesarios desbridamientos sucesivos. El objetivo final es obtener una extremidad en la que todos los tejidos estén correctamente vascularizados.

Este es un paso fundamental en el proceso de desbridamiento. La herida debe extenderse para eliminar el tejido necrótico que puede encontrarse a mucha distancia de la herida inicial de piel. El mecanismo lesional, un fragmento óseo que protruya y sea reducido en la escena del accidente, el examen de la extremidad (hematomas y equimosis, inestabilidad de articulaciones vecinas), las radiografías, prestando atención a la presencia de aire a distancia de la herida inicial... todos estos datos y otros deben tenerse en cuenta a la hora de decidir la ampliación de la herida.

En las fracturas abiertas debe prepararse toda la extremidad y colocar un torniquete que solamente se hinchará en caso de sangrado masivo. El uso de torniquete puede acabar necrosando tejidos que ya tienen una situación comprometida y la ausencia de sangrado puede impedir la distinción entre el tejido sano y el necrosado.

El lavado tiene el propósito de reducir el inóculo microbiano, eliminar material extraño y coágulos pero no substituye al desbridamiento. Se deben usar entre cinco y doce litros para lavar una herida, aunque se discute si hacerlo con lavado a alta o baja presión con jeringa²⁴ y el uso de suero fisiológico o con adición de jabón o antisépticos²⁵. El uso de alta presión disminuye la contaminación, especialmente si el inóculo bacteriano se produjo con 3h de anterioridad al lavado o existe marcada contaminación por cuerpos extraños. Sin embargo, también produce un daño tisular que retrasa la cicatrización de la herida. Un efecto similar es el que producen la adición de jabón, antisépticos o antibióticos, producen una mayor reducción bacteriana inicial, pero también lesionan a las células del propio organismo con un efecto rebote, aumentando el número de microorganismos al cabo de unas horas.

La mayoría de autores aconsejan ser conservadores con la piel. Solamente debe resecarse aquella que ofrezca un aspecto claramente necrótico. Las heridas pequeñas en las fracturas tipo I y II, pueden ensancharse elípticamente.

Las fascias pueden resecarse con certeza de que no se producirá una alteración funcional significativa, pero debe recordarse que a través de las que se encuentran subcutáneas pasan las arterias perforantes que nutren la piel. El paratendón constituye el aporte vital para el tendón que contiene, si se reseca debe cubrirse el tendón subyacente lo más precozmente posible.

En el músculo sigue siendo válida la regla de las 4°C²⁶, color, consistencia, contractilidad y capacidad de sangrar. El músculo vivo es de color rosa o rojo intenso, tiene una consistencia firme y elástica, se contrae con el tacto o la estimulación con el bisturí eléctrico y sangra. Debe extirparse todo el tejido muscular que no cumpla estas condiciones.

*Se ha utilizado experimentalmente²⁷ la **flujometría Doppler** laser para determinar si un fragmento óseo mantiene su circulación pero no conocemos su aplicación en fracturas abiertas. El hueso cortical que ha perdido sus inserciones debe extirparse siempre, aquellos fragmentos corticales que presenten inserciones*

y tengan capacidad de sobrevivir, pueden conservarse una vez limpios. Se aconseja la conservación de los fragmentos que contengan cartílago articular. El hueso esponjoso no contaminado, puede conservarse una vez fragmentado para que actúe como injerto.

*Por último, con los nervios y arterias se recomienda el máximo esfuerzo en conservar los troncos nerviosos y arteriales que conserven funcionalidad.
(....)*

Fracturas abiertas de la diáfisis femoral

El tratamiento de elección para este tipo de fracturas es el enclavado medular (fig. 2). El índice de infección es del 3% y el índice de retardos de consolidación del 98%. Los trastornos de la consolidación son del 6,5%. Las reintervenciones secundarias son del 13,5% y el fallo del implante del 1%. En el 17% de los casos están descritos reoperaciones³⁵.

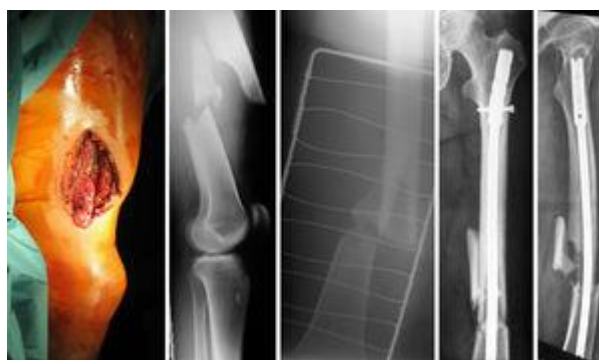


Figura 2.

Fractura abierta grado II de fémur. Cierre directo inicial y enclavado endomedular. (0,19MB).

El uso del fijador externo en el tratamiento de las fracturas abiertas de fémur tiene malos resultados, con altos índices de retrasos de consolidación y de consolidaciones viciosas. También están descritas limitaciones de movilidad en la rodilla. No hay trabajos que demuestren diferencias en resultados al comparar el enclavado fresado con el no fresado⁸.

El uso del fijador externo en fracturas de fémur debería estar reservado para politraumatizados graves, y lesiones vasculares que precisen de tratamiento quirúrgico. En el caso de utilizarse el fijador externo debería considerarse el paso a enclavado endomedular tan pronto como el estado general, las condiciones de la herida y la reparación vascular lo permitan. Aunque hay pocos trabajos en la literatura el tratamiento secuencial en las fracturas abiertas de fémur parece más seguro que en las fracturas de tibia, debido a la mayor cobertura muscular del hueso.”

No obstante, y pese a que el pronóstico resultaba desalentador en cuanto al supuesto de salvar la extremidad pérdida, nota esta Sala de decisión que, conforme al orden cronológico de atención, y el tratamiento brindado en las distintas entidades, existe un evidente retardo o falla en el servicio médico prestado a la demandante por parte del **Hospital Departamental de Buenaventura**, teniendo en cuenta que el tratamiento inicial de una fractura grado III como en el caso concreto la paciente precisaba de un servicio de ortopedia, cx vascular y cx **plástica en las**

primeras 6 horas del accidente, o máximo dentro de las 24 siguientes al accidente, lo cual no fue posible , según se desprende de la literatura médica²⁶:

“CRITERIOS DE DERIVACIÓN, INGRESO O ALTA

Todas las fracturas abiertas deben ser evaluadas por especialistas de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Se debe ingresar al paciente para observación de partes blandas y para completar tratamiento antibiótico de forma profiláctica, que según el tipo de fractura abierta que estemos valorando será más o menos tiempo (24 horas como mínimo).

Después habrá que evaluar la necesidad de tratamiento quirúrgico posterior. Si fuera necesaria una cirugía, el paciente permanecerá ingresado hasta ese momento. Si no lo fuera, podría darse de alta una vez terminado el antibiótico si no hubiera incidencias.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

URGENTE (24h)	Fracturas tibiales abiertas
	Fracturas abiertas tipo III de Gustilo
MUY URGENTE (Inmediato)	Contaminación macroscópica o con material agrícola/marino
	Síndrome compartimental
	Alteración vascular (Gustilo IIIC)

Así las cosas, se evidencia lo siguiente:

A las **06:00** de la tarde del **30 de enero de 2011** ingresa la demandante a **CONFAMAR** CIS en donde se canaliza a la paciente con diclofenaco, tramadol y dipirona con diagnóstico de politraumatismo en pierna con fractura de fémur expuesta.

Siendo las **22:35 horas** del **30 de enero de 2011** llega al Hospital Departamental de Buenaventura en donde se continúa tratamiento con antibiótico, sin embargo, llama mucho la atención lo anotado el **02 de febrero de 2011** en cuanto a la indebida valoración de la paciente y la demora en definir plan de manejo posterior a las **24 horas** de la atención inicial a la demandante:

02/02/2011 08:34:12 me027 Fernando Méndez Herrera

*paciente que ingreso el día 30 enero de 2011 a las 22:48 horas, al parecer víctima de accidente de tránsito, remitida de comfamar, **valorada por médico general de urgencias/ no se cuenta con traumatólogo en las noches en esta institución**), quien diagnostica fractura expuesta de fémur derecho, decide hospitalizar e inicia manejo con penicilina cristalina, **encuentro paciente 3 días después en cama, algida, regular estado general, sin inmovilización, herida cubierta con olor fétido, se descubre herida se observa herida cara anterior y medial de muslo derecho con puntos de sutura , salida de abundante material purulento, fétido, además necrosis de piel y tejidos blandos al paciente con fractura expuesta grave de fémur, con manejo antibiótico inadecuado, no se le ha realizado lavado quirúrgico, se encuentra en regular estado general, y con gran contaminación, infección y necrosis de piel y tejidos blandos, se decide llevar***

²⁶ <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias-de-traumatologia/fracturas-expuestas/fracturas-abiertas/>

inmediatamente a cirugía para lavado y desbridamiento quirúrgico, pronóstico malo, se explica a paciente y acompañante.

02/02/2011 15:34:30 me027 Fernando Méndez herrera

se llevó paciente a cirugía se encuentra paciente séptica, se realizó lavado, desbridamiento, e inmovilización provisoria con tutor externo, **debido al estado general de la paciente, en conjunto con anestesiólogo se considera requiere manejo postquirúrgico en uci por lo que se remite, pronóstico malo, se explica a familiares...**”.

Posteriormente, es llevada a la **clínica Santa Sofía** en donde se realiza la amputación del miembro inferior derecho con desarticulación y continúa tratamiento antibiótico hasta lograr el alta casi un mes después de la atención inicial, como se anotó en precedencia en las historias clínicas.

Como hemos visto se trata de mujer joven quien sufre un accidente de tránsito en una localidad apartada, se realiza el abordaje inicial de lavado de la herida con antiséptico y puntos de sutura hemostáticos previniendo un mayor sangrado.

A su ingreso es diagnosticada con una fractura diafisiaria de fémur conminuta, que si verificamos la clasificación de Gustilo (Ver Tabla 1) para las fracturas abiertas se trata de un Gustilo IIIB (pérdida de tejidos blandos alrededor del 50% de la circunferencia de la extremidad), cursando con posible lesión vascular de pequeño vaso asociada dado que a posteriori en la revisión de vendajes hay sangrado profuso que contraindica cambio de vendajes y además se documentó hematoma retroperitoneal posiblemente secundario a la fractura.

Gustilo-Anderson open fracture grading

Type	Wound size	Contamination	Fracture	Vascular injury requiring repair	Soft tissue coverage
I	Wound <1 cm	Minimal	Minimal comminution; no periosteal stripping	No	Adequate
II	Wound >1 cm	Moderate	Moderate comminution; minimal periosteal stripping	No	Adequate
IIIA	Any size	Severe	Severe comminution or segmental fractures; periosteal stripping	No	Adequate; may become inadequate with debridements
IIIB	Any size	Severe	Severe comminution or segmental fractures; periosteal stripping	No	Inadequate (rotation flap or free flap)
IIIC	Any size	Severe	Severe comminution or segmental fractures; periosteal stripping	Yes	Inadequate (rotation flap or free flap)

References:

1. Gustilo RB, Anderson JT. Prevention of infection in the treatment of one thousand and twenty-five open fractures of long bones: retrospective and prospective analyses. J Bone Joint Surg Am 1976; 58:453.

2. Gustilo RB, Gruninger RP, Davis T. Classification of type III (severe) open fractures relative to treatment and results. Orthopedics 1987; 10:1781.

UpToDate®

Cursó con una fractura abierta grave con alto grado de contaminación. Sobre el abordaje inicial de las fracturas abiertas lo que la evidencia recomienda:

- a. Inmovilización
- b. Antibioticoterapia
- c. Profilaxis antitetánica
- d. Analgesia a necesidad
- e. Lavado y desbridamiento tempranos**
 - i. El lavado de una herida abierta utilizando una solución salina estéril es un abordaje razonable y apropiado y no es preciso realizar lavado con alta presión ni está avalado el uso de jabones o antisépticos pues no se ha demostrado que mejoren los resultados
 - ii.El cierre temprano de las heridas disminuye el riesgo de infecciones

27

Se han intentado desarrollar sistemas que permitan determinar el riesgo de infección en las fracturas abiertas. En ellos se contemplan variables como el tamaño de la herida, la severidad del daño de tejidos blandos, el daño óseo, el grado de contaminación y si la cobertura de la herida es adecuada o no.

Conclusiones:

- a. El tiempo de atención en quirófano de la paciente fue muy demorado. La paciente es llevada a lavado, desbridamiento y fijación de la fractura con tutor externo >más 48 horas tras su primer contacto hospitalario lo que condiciona mayor tiempo de exposición a patógenos del ambiente.
- b. La antibioticoterapia pautada de manera inicial se considera insuficiente, teniendo en cuenta la posible contaminación con materias orgánicas (tierra) por lo que al tratamiento con penicilina se debió añadir cobertura para anaerobios. Sin embargo, a posteriori el tratamiento antibiótico de amplio espectro teniendo en cuenta el shock séptico que tenía la paciente fue adecuado.
- c. Todo lo anterior, aunque se hubiese hecho en mayor brevedad de tiempo no habría condicionado que el desenlace con relación a la amputación fuera diferente, pues teniendo en cuenta la gravedad de la fractura, el posible daño vascular, la pérdida de tejidos blandos, pudieron haber desencadenado la amputación de la extremidad. Probablemente, teniendo en cuenta la edad de la paciente se procuró un manejo conservador para preservar la extremidad, pero dada la severidad del compromiso sistémico, para salvar su vida precisó de la intervención quirúrgica de amputación + desarticulación con remodelación del muñón.
- d. Los procesos de remisión de los pacientes no son parte de la práctica médica, sino que hacen parte de los procesos administrativos de los que el sistema de salud se hace cargo.

²⁷ Trends in the management of open fractures. A critical analysis.Okike K, Bhattacharyya T J Bone Joint Surg Am. 2006;88(12):2739.

e. La paciente fue remitida a la institución de III nivel tras salir del quirófano en condición de inestabilidad hemodinámica que condiciona continuar manejo en unidad de cuidados intensivos no disponible en el Hospital de Buenaventura.

f. La sobreocupación hospitalaria en Colombia condiciona que las remisiones interinstitucionales sean demasiado lentas y aunque era evidente que la paciente precisaba de un servicio de ortopedia, cx vascular y cx **plástica en las primeras 6 horas del accidente**, esto no fue posible dado la realidad geográfica y la disposición de los recursos en salud.

En el Hospital Departamental de Buenaventura no cuenta con traumatólogo en las noches, razón por la que la paciente no es atendida sino hasta las **8:34 del día 2 de febrero de 2011** y según el medico Fernando Méndez encuentra una herida con olor fétido, muslo derecho con puntos de sutura, salida abundante material purulento, necrosis de piel y de tejidos blandos, a quien no se le había realizado lavado quirúrgico.

A las 15:43 del 2 de febrero de 2011 se le realiza lavado y desbridamiento e inmovilización del tutor externo y se considera manejo post-quirúrgico en UCI, mal pronóstico, ordenándose remisión a la Clínica Santa Sofia a las 13:40 del 2 de febrero de 2011 y a las 19:59 de ese mismo día se retira extremidad derecha con desarticulación.

Todo lo anterior compromete entonces la responsabilidad del Hospital Departamental de Buenaventura por no atender a la paciente con procedimiento de urgencia, es decir, a las **22:44 del día 30 de enero de 2011** por no contar con traumatólogo en las noches, sino hasta las 8:34 del 2 de febrero en que el medico Fernando Méndez herrera hace el diagnóstico y solo hasta las **15:34 del 2 de febrero de 2011** se realiza lavado, desbridamiento e inmovilización con tutor externo con pronóstico post quirúrgico en UCI, remitiendo a la paciente a la *CLINICA SANTA SOFIA DEL PACIFICO LTDA*, donde finalmente se le practica la amputación con desarticulación del miembro inferior derecho, la laparotomía explotaría hallando hematoma retroperitoneal y otros procedimientos postquirúrgicos.

La joven paciente CLARA ROSA HINESTROZA PALACIOS perdió la oportunidad de conservar su extremidad por tardanza en la remisión y en la atención medico hospitalaria imputable al Hospital Departamental de Buenaventura, hoy Departamento de Valle del Cauca, dada la falta de traumatólogo o profesional a fin en esta última institución y a la inobservancia de los protocolos y guías de manejo de la fractura de fémur III, siendo evidente que a la luz de la jurisprudencia del Consejo de Estado, esta situación da pie a acceder a las pretensiones bajo la óptica de esta modalidad del daño.

Frente al daño producido por **pérdida de la oportunidad**, se refirió el Consejo de Estado mediante sentencia del 13 de mayo de 2016²⁸:

“En cuanto a la producción del daño de pérdida de oportunidad invocado en la demanda y definido en la sentencia apelada, se ha señalado que el mismo consiste en el cercenamiento de una ocasión aleatoria que tenía una persona de obtener un beneficio o de evitar un menoscabo, posibilidad benéfica que, sin perjuicio de que no es posible avizorar con toda certeza y sin margen de duda que se hubiese materializado en la situación favorable que se esperaba, no se puede desconocer que existía y que poseía una probabilidad considerable de haberse configurado en ésta.

²⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, Subsección B, C.P. DANILO ROJAS BETANCOURTH Rad: 63001-23-31-000-2003-00261-01(38267)

Es así como se ha indicado que la posibilidad truncada se trata de una clase autónoma de menoscabo, “caracterizada porque en ella coexisten un elemento de certeza y otro de incertidumbre: la certeza de que en caso de no haber mediado el hecho dañino el damnificado habría conservado la esperanza de obtener en el futuro una ganancia o de evitar una pérdida para su patrimonio y la incertidumbre, definitiva ya, en torno de si habiéndose mantenido la situación fáctica y/o jurídica que constituía presupuesto de la oportunidad, realmente la ganancia se habría obtenido o la pérdida se hubiere evitado (...)”. De esta manera, la pérdida de oportunidad, como daño autónomo, demuestra que éste no siempre comporta la transgresión de un derecho subjetivo, pues la sola esperanza probable de obtener un beneficio o de evitar una pérdida mayor constituye un bien jurídicamente protegido cuya afección debe limitarse a la oportunidad en sí misma, con prescindencia del resultado final incierto, esto es, al beneficio que se esperaba lograr o a la pérdida que se pretendía eludir, los cuales constituyen otros tipos de daño. En otras palabras, se ha distinguido entre el daño consistente en la imposibilidad definitiva de obtener un beneficio o de evitar un perjuicio, caso en el cual el objeto de la indemnización es, precisamente, el beneficio dejado de obtener o el perjuicio que no fue evitado, y aquel que tiene que ver con la pérdida de una probabilidad que, aunque existente, no garantizaba el resultado esperado, pese a que sí abría la puerta a su obtención en un porcentaje que constituirá el objeto de la indemnización.” Negrilla y subrayado fuera de texto.

Por su parte, en sentencia del 26 de enero de 2012, C.P: HERNAN ANDRADE RINCON, Radicación número: 19001-23-31-000-1998-01005-01(21726), se indicó sobre la **pérdida de oportunidad** en casos de falla médica lo siguiente:

“FALLA DEL SERVICIO MEDICO - La pérdida de la oportunidad como elemento para establecer responsabilidad

*Demostrado como esta que la atención médica brindada a los menores fue precaria e inoportuna, y que esta conducta afectó la oportunidad de vida de los menores, concluye la Sala que el daño causado resulta imputable al Hospital demandado bajo la óptica de lo que la jurisprudencia conoce como “la pérdida de la oportunidad o pérdida del chance” a la cual la Sala se refiere enseguida. (...) La pérdida de la oportunidad, en materia médica establece la responsabilidad de los prestadores de servicios médicos y hospitalarios en aquellos casos en los cuales no se brindan al paciente todos los tratamientos y cuidados adecuados y oportunos, aun cuando estos no garanticen totalmente que el daño se hubiera evitado. (...) **la pérdida de la oportunidad hace referencia, como su nombre lo indica, a la disminución en la probabilidad de haberse evitado el daño que finalmente se causó, planteamiento que pese a la facilidad en su formulación, ha presentado desde antaño una gran dificultad en su aplicabilidad.** (...) esta Subsección ha precisado que la pérdida de la oportunidad se traduce en un perjuicio autónomo, diferente del daño final al que realmente se vio sometido el paciente. (...) si bien en el presente caso, no es posible asegurar que si el hospital demandado hubiera adoptado una conducta idónea y oportuna frente a la señora RIVERA MORCILLO y a sus bebés, se hubiera podido evitar la muerte de estos últimos, sin embargo si es evidente que las actuaciones y omisiones detalladas en los acápites precedentes, aumentaron enormemente las posibilidades de que murieran, como en efecto aconteció, motivo por el cual resulta procedente la declaratoria de responsabilidad del Hospital Universitario San José.”* Negrilla y subrayado fuera de texto.

Respecto de la **pérdida de la oportunidad** como perjuicio autónomo diferente del daño final, expresó el máximo tribunal de lo contencioso administrativo:

“Por esta razón la Sala considera que la pérdida de oportunidad se ubica en el campo del daño - sin desconocer que, por elementales razones guarda estrecho vínculo con la relación de causalidad, -la causalidad existente entre el hecho imputable y el daño para estructurar la responsabilidad - y por lo mismo, resulta ser un perjuicio autónomo que, no obstante, es indemnizable, diferente al daño final padecido por el paciente”²⁹.

²⁹ Exp 21726. Sección Tercera. Subsección A C. P. Gladys Agudelo Ordoñez. Sentencia de 16 de septiembre de 2011.

En más reciente pronunciamiento del Consejo de Estado, en sentencia del 03 de abril de 2020, con ponencia de Ramiro Pazos Guerrero³⁰ se dijo frente al daño por **pérdida de oportunidad**, lo siguiente:

“Respecto del daño por pérdida de oportunidad, la jurisprudencia ha señalado que puede presentarse en dos supuestos, uno positivo -chance de gain- y otro negativo -chance d’éviter une perte³¹. Positivo, cuando la víctima tiene la expectativa legítima de recibir un beneficio o adquirir un derecho, pero por la acción u omisión de un tercero se frustra definitivamente la esperanza de su concreción. Negativa, cuando la víctima afronta una situación o curso causal desfavorable y tiene la expectativa cierta que la intervención de un tercero evite o eluda un perjuicio, pero que en razón de la omisión o de la intervención defectuosa de dicho tercero, el resultado dañoso se produce y la víctima padece el perjuicio indeseado³²”.

En virtud de lo expuesto previamente, queda advertido que a la señora HINESTROZA PALACIOS no fue valorada por especialistas de Cirugía Ortopédica y Traumatología, aunado a que no se realizó un adecuado control o tratamiento antibiótico de forma profiláctica dentro de un plazo razonable, y solo tres días después cuando ya existía una contaminación, infección y necrosis de piel y tejidos blandos, el Hospital Departamental de Buenaventura la remite a un centro asistencial con servicio de UCI, situación ésta que no le permitió recibir un tratamiento adecuado a fin de contar con la oportunidad de recuperarse de manera satisfactoria.

Así pues, si bien no obra prueba técnica o científica que asegurara un resultado diferente al acontecido, la tardanza del Hospital Departamental de Buenaventura en el lavado y debridación de la herida del musculo y la fractura grado III así como en el retardo en la remisión a la clínica Santa Sofia, hechos que efectivamente repercutió posiblemente en el perjuicio y razón ésta por la que deviene el derecho de ser indemnizada por el HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA.

Lo anterior, sin desconocer la Sala que las obligaciones de los profesionales de la salud en términos generales son de medio y no de resultado, no obstante, se encuentra acreditada la falla en el servicio por parte de dicha entidad.

EXTINCION DEL HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA Y SUSCESION PROCESAL

Pese a lo anterior, se tiene que el Hospital Departamental de Buenaventura se encuentra liquidada, por lo que corresponde al Departamento del Valle del Cauca asumir la condena que aquí se imponga, bajo el siguiente razonamiento:

El Hospital Departamental de Buenaventura luego de dos procesos de restructuración en los años 2002 y 2006, suscribió Convenio de Desempeño No. 0395 con la Nación, teniendo dificultades para cumplir con los indicadores en las tres últimas evaluaciones de manera consecutiva, fundamentalmente por la imposibilidad técnica, administrativa y financiera de soportar gastos que genera la

³⁰ Expediente con radicación 19001-23-31-000-1998-00571-01.

³¹ Deguerque comenta que la **pérdida de oportunidad** se representa como una especie de ion con un polo positivo y otro negativo. DEGUERGUE, Maryse, "La perte de chance en droit administratif", in L'égalité des chances. Analyses, évolutions, perspectives, dir. G. Koubi y G-J Guglielmi, La Découverte, 2000, p.198.

³² Cfr. GIRALDO GÓMEZ, Luis Felipe, La **pérdida de la oportunidad** en la representación civil. Su aplicación en el campo de la responsabilidad civil médica, Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2011, p. 178 a 187.

prestación de los servicios de salud, situación que además lo tenía en alto riesgo según los lineamientos de las Resoluciones 2509 del 2012 y 1877 del 2013.

En razón a lo anterior, mediante Ordenanza No. 381 de fecha 30 de octubre de 2013, se autoriza en su artículo tercero al Gobernador del Departamento, para que con el propósito de implementar la Organización de la Red de Prestación de Servicios de Salud, desarrolle soluciones a la situación financiera, administrativa y operativa que presentan las Empresas Sociales del Estado - E.S.E., para lo cual podrá realizar acuerdos de reestructuración o de pasivos, reestructuración administrativa, fusión, supresión o liquidación de estas empresas de servicios de salud del Orden departamental.

El proceso de liquidación de la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de Buenaventura se registrará por lo definido en la anterior Ordenanza y por lo establecido en el Decreto Ley 254 de 2000 modificado por la Ley 1105 de 2006³³ y demás normas que regulen la materia.

En cumplimiento de lo anterior, la Gobernación del Valle del Cauca, mediante Decreto 1091 del 01 de noviembre de 2013, **suprime la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de Buenaventura**, con publicación efectiva en la Gaceta Departamental.

El referido Decreto dispuso en su artículo 39 el TRASPASO DE BIENES, DERECHOS Y OBLIGACIONES al Departamento del Valle del Cauca mientras que el artículo 45 ibidem estableció que si finalizado el proceso liquidatorio existieran contratos de depuración contable, cobro de cartera, defensa judicial y todos aquellos que fueran suscritos por el liquidador en desarrollo del proceso, que no se encuentren finalizados, serán cedidos al Departamento del Valle del Cauca con los respectivos recursos para su administración y liquidación.

El 4 de noviembre de 2014 se suscribió el **acta final de cierre de la liquidación de la ESE Hospital Departamental de Buenaventura en liquidación**, así como la Resolución No. 846 de 2014 *“Por medio de la cual se declara la finalización del proceso liquidatorio de la ESE Hospital Departamental de Buenaventura en liquidación”*, debidamente publicada en la página web de la Secretaría de Salud de la Gobernación del Valle del Cauca y en el diario La República, fecha a partir de la cual se da por terminada para todos los efectos la existencia jurídica de la ESE Hospital Departamental de Buenaventura.

Ahora bien, una vez cerrado el proceso liquidatorio, pasa a ser responsabilidad del ente territorial esto es “DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA”, en virtud del Contrato de Mandato con Representación No. 066 de 2014 entre La Fiduciaria La Previsora S.A. y el doctor Felipe Negret Mosquera, con un plazo de ejecución de cuatro (04) meses, el cual fue posteriormente cedido a la Gobernación del Valle del Cauca.

³³ El párrafo primero del artículo primero de la ley 1105 de 2006 dispone: “(..) PARÁGRAFO 1º. Las entidades territoriales y sus descentralizadas, cuando decidan suprimir o disolver y liquidar una entidad pública de dicho nivel, se registrarán por las disposiciones de esta ley, adaptando su procedimiento a la organización y condiciones de cada una de ellas, de ser necesario, en el acto que ordene la liquidación”.

Lo anterior teniendo en cuenta la cláusula tercera del referido acuerdo:

“(…) TERCERA.- OBLIGACIONES DEL MANDATARIO Durante el periodo a prorrogar el Mandatario con representación no se encargara de la atención de los Procesos Judiciales en los que la Empresa Social del Estado Hospital Departamental de Buenaventura Liquidada (hoy en mandato) actúa como parte, así como tampoco la atención de solicitudes de conciliación prejudicial como requisito para demandar (a excepción de aquellas conciliaciones que se tramiten como requisito previsto en los reconocimientos realizados como producto del proceso de Graduación y Calificación de Créditos), en el entendido que estos para la fecha ya fueron asumidos por la Gobernación del Valle del Cauca. (…)”

Así las cosas, al existir la extinción de la persona jurídica HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA, y la misma ser sucedida por una nueva persona jurídica, a la cual le son trasladados, por virtud de la ley, los bienes, derechos y obligaciones, es decir, al ser sucedida por el DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA, tal y como quedo establecido en acápites anteriores, lo procedente es decretar la sucesión procesal, situación que se dejará expresamente consignada en la parte resolutive de esta providencia y la condena será asumida por el referido ente territorial.

5.4 Indemnización de perjuicios.

5.4.1 Daños morales.

Conforme a las pruebas arrimadas al plenario, se encuentra acreditada la amputación por encima de la rodilla del miembro inferior derecho, y a folio 138 del expediente obra concepto de la Junta Regional de Calificación de Invalidez del Valle del Cauca asignándole un 43,85% de pérdida de capacidad laboral a la demandante CLARA ROSA HINESTROZA PALACIOS.

De otra parte, la Sección Tercera del Consejo de Estado unificó criterios de indemnización de perjuicios morales en eventos de lesiones personales y trazó unos parámetros de guía para su tasación, de acuerdo con el grado de parentesco de los demandantes en relación con la víctima directa y según el siguiente cuadro³⁴:

REPARACION DEL DAÑO MORAL EN CASO DE LESIONES					
	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3	NIVEL 4	NIVEL 5
GRAVEDAD DE LA LESIÓN	Víctima directa y relaciones afectivas conyugales y paterno-filiales	Relación afectiva del 2º de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos)	Relación afectiva del 3º de consanguinidad o civil	Relación afectiva del 4º de consanguinidad o civil.	Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados
	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.	S.M.L.M.V.
Igual o superior al 50%	100	50	35	25	15
Igual o superior al 40% e inferior al 50%	80	40	28	20	12
Igual o superior al 30% e inferior al 40%	60	30	21	15	9
Igual o superior al 20% e inferior al 30%	40	20	14	10	6
Igual o superior al 10% e inferior al 20%	20	10	7	5	3
Igual o superior al 1% e inferior al 10%	10	5	3,5	2,5	1,5

³⁴ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 28 de agosto de 2014, exp. 2001-00731 (26251), M.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

En este caso, al ser un 43,85% de pérdida de capacidad laboral a la demandante CLARA ROSA HINESTROZA PALACIOS, acorde con la jurisprudencia del Consejo de Estado se situará en el rango de “igual o superior al 40% e inferior al 50%” para tasar los perjuicios morales.

En consecuencia, por **perjuicios morales** se reconocerá en salarios mínimos legales mensuales vigentes, pero con la reducción del 50% del monto indemnizatorio, bajo los criterios de la equidad y *arbitrium judicis*³⁵, teniendo en cuenta que se presentó una falla de servicio y pérdida de oportunidad en el caso concreto.

Así las cosas, se reconocen las siguientes sumas:

Identificación	Relación filial-afectiva	Folio Poder y registro civil	SMLMV
CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO	Victima directa	1-6, 144	40
BRAYAN ADRIAN HINESTROZA PALACIO	Hijo	1-6, 145	40
LUIS MIGUEL HINESTROZA PALACIO	Hijo	1-6, 146	40
ALBA ELIDA INESTROZA PALACIO	Madre	1-6, 144	40
DAMARIS HINESTROZA PALACIO	Hermana	1-6, 147	20
NALIA MERCEDES HINESTROZA PALACIO	Hermana	6-9, 149	20
VICTOR HINESTROZA PALACIO	Hermano	1-6,148	20

En relación con los perjuicios inmateriales solicitados por daño a la vida de relación o alteración de las condiciones de existencia, el Consejo de Estado frente a éste tipo de indemnización precisó³⁶:

“...la Sala recuerda que en sentencia de unificación de jurisprudencia³⁷, la Sección Tercera para referirse a todas las consecuencias de carácter inmaterial que conllevan las afectaciones a la unidad sicofísica de la persona, optó por estipular el perjuicio inmaterial del daño a la salud, de allí que, se excluyera la posibilidad de invocar y reconocer otras tipologías de perjuicios inmateriales como el fisiológico, el daño a la vida de relación o la alteración a las condiciones de existencia.

(...)

Así las cosas, el perjuicio que otrora se reconocía bajo la denominación de daño a la vida de relación puede ser otorgado hoy por hoy como : i) daño a la salud, cuando las alteraciones que se produzcan en la vida de una persona se den como consecuencia de un daño de carácter sicofísico, o ii) afectación a bienes convencionalmente amparados, cuando provengan de una vulneración relevante de otros bienes o derechos convencional y constitucionalmente amparados diferentes al de la salud, caso en el cual es esta tipología de perjuicios la que debe reconocerse bajo la modalidad enunciada y, su reparación se dará conforme los criterios establecidos en la sentencia precitada [de daños morales]³⁸.

³⁵ Margen de apreciación con que cuentan los jueces y tribunales para decidir sobre las interpretaciones más correctas de las normas en relación con las controversias que deben resolver.

³⁶ Consejo de Estado, Sección Tercera. C.P. Enrique Gil Botero. Radicación: 05001-23-31-000-2007-00139-01(38222), catorce (14) de septiembre de dos mil once (2011).

³⁷ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 14 de septiembre de 2011, Exp. 19.031, M.P. Enrique Gil Botero

³⁸ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 28 de agosto de 2014, exp. 2001- 00731 (26251), M.P. Jaime Orlando Santofimio Gamboa.

Al respecto, otra sentencia de la Corporación indicó³⁹:

“En consecuencia, el daño moral satisface la indemnización de la órbita interna y aflictiva del ser humano; el daño a la salud garantiza un resarcimiento más o menos equitativo y objetivo en relación con los efectos que produce un daño que afecta la integridad psicofísica de la persona;”

Las jurisprudencias citadas indican que las lesiones que alteren las condiciones anatómicas y funcionales propias del individuo del derecho a la salud o la integridad corporal, dan lugar al reconocimiento del llamado perjuicio a la salud, en razón a las afecciones que altera las condiciones psicofísicas de la persona que los sufre.

Para la tasación de este perjuicio inmaterial, se tendrá en cuenta la sentencia del Consejo de Estado de fecha 28 de agosto de 2014, también con aplicación del Decreto 1507 de 2014, por lo que el despacho reconocerá al directamente a la afectada al derecho a la salud, **CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO, la suma de 40 salarios mínimos legales mensuales vigentes**, teniendo en cuenta que se presentó una pérdida de oportunidad en el caso concreto.

5.4.2 Perjuicios materiales.

Es menester indicar que *“el lucro cesante corresponde a la ganancia frustrada a todo bien económico que, si los acontecimientos hubieran seguido su curso normal, habría ingresado o lo haría en el futuro al patrimonio de la víctima”*⁴⁰

En el sublite, la parte actora solicita el reconocimiento y pago del daño material, razonado por la parte actora en *“la suma de CUATROCIENTOS MILLONES DE PESOS (\$400'000.000) moneda legal, constitutivos de todos los gastos hasta ahora sufragados, de transporte, alquiler de silla de ruedas, contratación para la asistencia personal, medicamentos los diferentes gastos médicos que demanden, servicios y cosas que ha tenido que contratar y comprar, entre otros y los dineros dejados de percibir y los que dejaran de percibir como consecuencia de su incapacidad, limitación, improductividad e imposibilidad de laborar y percibir los honorarios profesionales y emolumentos monetarios que regularmente recibía como contraprestación...”*.

No obstante, solo aporta como pruebas frente a los perjuicios materiales unas facturas de venta por medicamentos e insumos médicos, sin que en las mismas se pueda comprobar que efectivamente fue la demandante que sufragó tales implementos, por lo que ante el limitado acervo probatorio frente al perjuicio reclamado, no resta otra opción a esta instancia que negar el reconocimiento de cifra alguna por concepto de daños materiales.

6. Condena en costas.

El artículo 188 del CPACA señala:

“Salvo en los procesos en que se ventile un interés público, la sentencia dispondrá sobre la condena en costas, cuya liquidación y ejecución se regirán por las normas del Código de Procedimiento Civil”.

³⁹ Consejo de Estado. Sección Tercera. C.P. Enrique Gil Botero. Radicación: 05001-23-31-000-2007-00139-01(38222)., catorce (14) de septiembre de dos mil once (2011).

⁴⁰ Consejo de Estado. Sección Tercera, sentencia del 29 de julio de 2013. Rad No: 19001-23-31-000-1999-00288-01(21564).

El artículo 365 del C.G.P, versa:

“En los procesos y en las actuaciones posteriores a aquellos en que haya controversia la condena en costas se sujetará a las siguientes reglas:

1. Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, casación, queja, súplica, anulación o revisión que haya propuesto. Además, en los casos especiales previstos en este código.

Además se condenará en costas a quien se le resuelva de manera desfavorable un incidente, la formulación de excepciones previas, una solicitud de nulidad o de amparo de pobreza, sin perjuicio de lo dispuesto en relación con la temeridad o mala fe.

2. La condena se hará en sentencia o auto que resuelva la actuación que dio lugar a aquella. (...)

8. Solo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación. (...). (Subrayado de la Sala).

Sobre los criterios para la imposición de condena en costas, el Consejo de Estado⁴¹ indicó:

*“Al respecto, debe mencionarse que el **artículo 188 del CPACA** determina que, tratándose de costas en la jurisdicción de lo contencioso administrativo, el juez tiene la obligación de pronunciarse en la sentencia sobre dicho aspecto, con excepción de los asuntos en los que se ventile un interés público. Asimismo, que la liquidación y ejecución se rigen por lo dispuesto en el Código de procedimiento Civil, hoy Código General del Proceso, artículo 365⁴².*

En esos términos, para la Subsección es claro que el legislador introdujo un cambio sustancial respecto de la condena en costas, al pasar de un criterio “subjetivo” –CCA- a uno “objetivo valorativo” –CPACA-, criterio que implica que en toda sentencia se decidirá sobre costas, con independencia de las causas de la decisión desfavorable.

Asimismo, el calificativo de “valorativo” se debe a que en el expediente al juez le corresponde revisar si las mismas se causaron y en la medida de su comprobación. Tal y como lo ordena el CGP, esto es, con el pago de gastos ordinarios del proceso y con la actividad del abogado efectivamente realizada dentro del proceso. Se recalca, en esa valoración no se incluye la mala fe o temeridad de las partes. (...). (Negritas y subrayado de la Sala)

⁴¹ Sección Segunda – Subsección “A”. Radicación: 11001-03-15-000-2018-01606-00(AC). Consejero ponente: WILLIAM HERNÁNDEZ GÓMEZ, cinco (5) de julio de dos mil dieciocho (2018)

⁴² “[...] Artículo 365. En los procesos y en las actuaciones posteriores a aquellos en que haya controversia la condena en costas se sujetará a las siguientes reglas:

1. Se condenará en costas a la parte vencida en el proceso, o a quien se le resuelva desfavorablemente el recurso de apelación, casación, queja, súplica, anulación o revisión que haya propuesto. Además, en los casos especiales previstos en este código.

Además se condenará en costas a quien se le resuelva de manera desfavorable un incidente, la formulación de excepciones previas, una solicitud de nulidad o de amparo de pobreza, sin perjuicio de lo dispuesto en relación con la temeridad o mala fe.

2. La condena se hará en sentencia o auto que resuelva la actuación que dio lugar a aquella.

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

4. Cuando la sentencia de segunda instancia revoque totalmente la del inferior, la parte vencida será condenada a pagar las costas de ambas instancias.

5. En caso de que prospere parcialmente la demanda, el juez podrá abstenerse de condenar en costas o pronunciar condena parcial, expresando los fundamentos de su decisión.

6. Cuando fueren dos (2) o más litigantes que deban pagar las costas, el juez los condenará en proporción a su interés en el proceso; si nada se dispone al respecto, se entenderán distribuidas por partes iguales entre ellos.

7. Si fueren varios los litigantes favorecidos con la condena en costas, a cada uno de ellos se les reconocerán los gastos que hubiere sufragado y se harán por separado las liquidaciones.

8. Solo habrá lugar a costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación.

9. Las estipulaciones de las partes en materia de costas se tendrán por no escritas. Sin embargo podrán renunciarse después de decretadas y en los casos de desistimiento o transacción.” [...]

La nueva línea jurisprudencial del órgano de cierre de la jurisdicción contencioso administrativa puesta en consideración, estableció un criterio “objetivo valorativo” para la imposición de condena en costas a la parte que resulte vencida en el proceso, cuya tasación y liquidación debe realizarse con base en criterios objetivos y verificables. No obstante, la parte demandante no demostró o acreditó la ocurrencia de gastos en esta instancia y en tal sentido esta Sala de Decisión se abstendrá de imponer condena en costas.

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,

FALLA:

PRIMERO: RECONOCER como sucesora procesal de la demandada **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA** al **DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA**, éste último a quien le corresponderá cumplir con las obligaciones impuestas en esta providencia.

SEGUNDO: DECLARAR administrativa y extracontractualmente responsable al **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA** hoy **DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA** por la falla del servicio y la pérdida de oportunidad de conjurar el resultado adverso que derivó en la amputación de la extremidad inferior derecha de la señora **CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO**, de conformidad con lo expuesto en las consideraciones.

TERCERO: Como consecuencia de la anterior declaración, **CONDENAR** al **DEPARTAMENTO DEL VALLE DEL CAUCA** como sucesor procesal del **HOSPITAL DEPARTAMENTAL DE BUENAVENTURA**, a reconocer y pagar a título de indemnización las siguientes sumas:

BENEFICIARIO CONDENA	SMLMV
PERJUICIOS MORALES	
CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO	40
BRAYAN ADRIAN HINESTROZA PALACIO	40
LUIS MIGUEL HINESTROZA PALACIO	40
ALBA ELIDA HINESTROZA PALACIO	40
DAMARIS HINESTROZA PALACIO	20
NALIA MERCEDES HINESTROZA PALACIO	20
VICTOR HINESTROZA PALACIO	20
DAÑO A LA SALUD	
CLARA ROSA HINESTROZA PALACIO	40

Total: 260 SMLMV

CUARTO: Negar las demás pretensiones.

QUINTO: SIN CONDENA EN COSTAS en esta instancia.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE y ejecutoriada esta providencia, archívese el presente expediente. **CÚMPLASE.**

Proyecto discutido y aprobado en Sala de Decisión de la fecha (Acta Virtual)

Los Magistrados,

(firmado electrónicamente a través de SAMAI)
PAOLA ANDREA GARTNER HENAO (E)

(firmado electrónicamente a través de SAMAI)
EDUARDO ANTONIO LUBO BARROS

(firmado electrónicamente a través de SAMAI)
OMAR EDGAR BORJA SOTO

DFGG