

Florencia, cuatro (4) de abril de 2024.

Doctora

EDITH ALARCÓN BERNAL

Magistrada Ponente

Despacho Primero Tribunal Administrativo del Caquetá

E.S.D.

Ref. Proceso	: Reparación Directa
Demandante	: María Nidia Macías Porras y Otros
Demandado	: E.S.E. Hospital María Inmaculada y Otros
Radicación	: 2018-00254-00
Asunto	: Descorrer Traslado Recurso de Apelación

LUIS ALVEIRO QUIMBAYA RAMÍREZ, identificado como aparece bajo mi firma, de autos conocidos como apoderado judicial de la parte demandante, con el acostumbrado respeto, me permito **DESCORRER EL TRASLADO DE LOS RECURSOS DE APELACIÓN** instaurados por las entidades demandadas, de la siguiente forma:

1. SOBRE EL RECURSO DE APELACIÓN DE LA E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARIA INMACULADA –HDMI-:

La defensa judicial de esta institución médica, tal y como lo hizo en la primera instancia, continúa sosteniendo que en la atención hospitalaria del menor JUAN ESTEBAN MACÍAS PORRAS (q.e.p.d.) no existió falla del servicio, pues, de acuerdo con el criterio de los médicos tratantes los síntomas clínicos del paciente no eran indicativos de un manejo quirúrgico, habiéndose agotado todos los esfuerzos y medidas diagnósticas posibles.

Sin embargo, dichas afirmaciones no resultan ajustadas a la realidad acreditada en el plenario, pues, como concluyó de forma acertada el *a-quo*, la muerte del menor pudo haber sido evitada si se hubieran practicado la totalidad de exámenes imagenológicos que permitieran brindar una respuesta a la involución del paciente y, no simplemente limitarse a implementar una antibiotecoterapia prolongada en el tiempo.

La Dra. Ana Katherina Serrano Gayubo, Medica Especialista en Pediatría, en la sustentación de su dictamen pericial que, ante la dificultad diagnóstica y la evolución tórpida del paciente, debió usarse una nueva batería de estudios diagnósticos que permitieran establecer la causa de la sepsis de origen abdominal:

“PREGUNTADO: ¿Esa dificultad diagnóstica hubiese podido con algunos implementos ser más fácil el diagnóstico?, es decir, ¿qué hubiera ayudado a que ese diagnóstico no fuera tan difícil? CONTESTÓ: Quizás repetir en un tiempo posterior otra ecografía u otra tomografía, ellos estaban pensando en otra sintomatología intestinal y sí solicitaron otra cosa que fue la endoscopia digestiva, entonces si quizás uno hubiera podido haber hecho otra ecografía, las ecografías son estudios que no son dolorosos, que no emiten radiación, que son baratos, que son ampliamente conseguibles en la mayoría de sitios, pues, en una ciudad como la que nos compete en ese momento era muy fácil de

Carrera 6 No. 15-36 Barrio Siete de Agosto - Florencia - Caquetá

Teléfono 3115214795 - Fijo 4340117

www.qytabogados.com

conseguir y ya sabíamos que la teníamos previamente, entonces, a veces como esa confianza que dio el estudio inicial de pronto les sesgó la posibilidad de haber repetidos los estudios imagenológicos para ver qué más podía pasar. PREGUNTADO: ¿Podría estar sugerida la ecografía con los signos y síntomas que sufría el paciente en ese momento? CONTESTÓ: El caso de dolor abdominal recurrente, claro, una ecografía era una posibilidad para hacerle dentro de los estudios diagnósticos. PREGUNTADO: Dentro el marco de las posibilidades, ¿qué hubiera ayudado esa ecografía en caso de que se hubiese practicado? ¿Hubiera ayudado en algo a un mejor diagnóstico? CONTESTÓ: Sí quizás más adelante, pues, no al inicio del cuadro porque ya vimos lo que tenía, pero, mucho más adelante quizás sí hubiese logrado ver la patología del apéndice que estaba cursando más adelante o que curso más adelante, igual, una tomografía también hubiese podido ver la colección cercana a la zona del apéndice, esas cosas hubieran podido ser vistas en unos estudios diagnósticos pero más adelantaditos, no al inicio porque ya vimos que los del inicio estaban bonitos, pues, estaban relativamente bien, por decirlo de alguna manera. PREGUNTADO: ¿Esta nueva ecografía que se le hubiera realizado al paciente nos hubiera permitido determinar si el paciente sufría una perforación intestinal? CONTESTÓ: La ecografía es un estudio por decirlo de alguna manera como un poquito más básico que la tomografía, pero, sí podría haber ya encontrado colecciones, esa es muy difícil que encuentre la ecografía el punto exacto de una perforación o algo así, pero, si ya puede haber habido unos hallazgos sugestivos de una patología quirúrgica, hechos como lo dije, no inmediatamente de lo que estábamos hablando sino en el transcurso de unos poquitos días más adelante si la ecografía nos hubiese podido haber abierto los ojos o aclarado algunas dudas. PREGUNTADO: ¿Los signos clínicos del paciente aconsejaban hacer una TAC o una ecografía teniendo en cuenta que pues si no había irritación peritoneal y ya se había hecho con antelación esos estudios diagnósticos imagenológicos con resultados negativos, era necesario volverlo a hacer teniendo en cuenta que los signos clínicos no arrojaban esa conclusión? CONTESTÓ: Tal vez la palabra necesaria es palabra que no hubiese sido mandatorio, pero, en el caso, es probable que la palabra mandatorio que no, pero, podría haber sido una buena sugerencia debido al dolor abdominal crónico y recurrente, o sea, persiste con el dolor, por qué no mejora el dolor, qué pasa, sigamos buscando, entonces, en ese orden de ideas uno podría haber dicho, bueno si inicialmente no teníamos nada y el paciente continúa así pues volvámosle a repetir a ver si ya le encontramos algo diferente.”

Según la mencionada perito, el cuadro clínico del paciente sufrió un mayor deterioro a partir del 17 de febrero de 2016, fecha en la que se agravó su cuadro clínico de dolor e infección abdominal, momento oportuno para haber usado nuevamente las ayudas diagnósticas:

“PREGUNTADO: De acuerdo con su respuesta que indica que debió haberse realizado una ecografía de manera posterior a la inicial usted nos habla de que en unos poquitos días, ¿en cuánto estima usted que era lo pertinente para realizar esa nueva ayuda diagnóstica? CONTESTÓ: Los primeros estudios son hechos entre el 10 y el 11 de febrero, y como el mayor deterioro clínico fue dado hacia el 17 de febrero, entonces, más o menos una semana después de los primeros, hacia alrededor del 17, 18, etcétera, podría haberse realizado unos nuevos estudios en lo que es probable que se hubiese visto alguna situación adicional de lo que mostraron la ecografía y tomografía de una semana antes, las del 11 de febrero, 10 y 11.”

Inclusive, a partir del deterioro del paciente, la laparotomía exploratoria ya podía ser considerada como una opción para determinar la causa de la sepsis abdominal, y de esta forma aumentar la probabilidad de mejoría del paciente:

“PREGUNTADO: ¿Dada la presencia de leucocitosis severa, presencia de líquido libre en cavidad abdominal, ameritaba la realización de una laparotomía exploratoria tan pronto se hicieran estos hallazgos? CONTESTÓ: En el momento inicial no es una posibilidad, cómo es que se llama exploratoria, de una cirugía de ir a buscar qué está pasando, exploradora, buscar, mirar a ver qué está pasando, entonces el inicio del cuadro clínico si bien tenía esas células de defensa muy altas y había líquido en cavidad, eso lo puede dar otras patologías que no son quirúrgicas, por tanto, al inicio no era mandatorio hacer esa cirugía, al inicio. PREGUNTADO: ¿Pero la pregunta solo va dirigida al inicio? CONTESTÓ: Si yo puedo seguir hablando, entonces, en el proceso de diagnóstico de la evolución tórpida, lo que hablamos, quizás una ecografía, una tomografía, pudiera habernos ayudado, o inclusive llegar al punto de una laparotomía en el proceso de la evolución pudiera haber ayudado.”

“PREGUNTADO: Una tardanza en la realización de una laparotomía exploratoria, si se hubiera logrado detectar que era necesaria, ¿esta tardanza afectaba, afectó las posibilidades de recuperación del paciente? CONTESTÓ: Sí definitivamente sí, el proceso de esa inflamación de esa zona intestinal que conllevó a la evolución tan tórpida es probable que haberlo tratado antes la evolución pudiera haber sido satisfactoria...evidentemente nosotros viendo la evolución final de haberse hecho antes el procedimiento quirúrgico definitivamente la evolución hubiese sido mucho mejor.”

“PREGUNTADO: ¿Cuándo entonces debió haberse practicado esa laparotomía, según el saber y entender de la señora perito, para que el señor hubiera tenido posibilidades de vida? CONTESTÓ: Si al 17 de febrero, los síntomas eran mucho peores, el día 17 de febrero como que varía ya la evolución de ser regular a ponerse realmente mucho más enfermo, es decir, que uno o dos días después, que la mayoría de casos quirúrgicos podría uno resolverlo uno o dos días después, más o menos podría haber tenido una evolución mucho más favorable, o sea, el 17, 18, 19, 20 a lo sumo de febrero, es probable que la evolución hubiese sido mejor. PREGUNTADO: ¿Hubiera sido mejor aún con todas esas comorbilidades que presentaba el joven? CONTESTÓ: Bueno, ahí ya aclaramos ciertas cosas que la medicina no es de resultados es de medios, entonces, en ese momento de haberlo hecho y si el resultado no hubiese sido el adecuado, si hubiese sido un desenlace fatal, pero de todas maneras se hubiese hecho todo lo oportuno, o sea, lo hicimos pero aun así falló, bueno vale, pero el no haberlo hecho pues ahí ya nos deja la incógnita.”

Por lo tanto, fueron múltiples los errores en la atención médica del menor JUAN ESTEBAN MACÍAS PORRAS (q.e.p.d.), pues, su enfermedad fue manejada por los médicos tratantes de la E.S.E. Hospital María Inmaculada durante toda su hospitalización como una diarrea disintérica, obviando que su evolución era tórpida, que empeoraba su cuadro clínico y no había respuesta al tratamiento médico instaurado, por lo que, debían indagar sobre la posibilidad de una sepsis de origen abdominal, causada por una apendicitis o por una perforación intestinal por infección bacteriana, puesto que, como se expuso, existían criterios fundados para sospecharla, pero, omitieron interpretar los hallazgos de las imágenes con los hemogramas y

hemocultivos, no consideraron que los signos de irritación peritoneal se encontraban enmascarados por el tiempo prolongado de suministro de antibióticos de alto espectro, no ordenaron nuevos exámenes y procedimientos diagnósticos, impidiendo que se llevara al paciente de forma pronta y oportuna a una intervención quirúrgica que hubiera permitido descartar o confirmar dichas patologías y la consecuencial sepsis, que a la postre condicionaron la muerte del paciente.

2. SOBRE EL RECURSO DE APELACIÓN DE LA E.P.S. ASMET SALUD:

En dicho memorial, la defensa judicial de la empresa promotora de salud demandada manifiesta que, la tardanza en la remisión del menor JUAN ESTEBAN MACÍAS PORRAS (q.e.p.d.) fue causada por la E.S.E. Hospital María Inmaculada, la cual no calificó la remisión como una urgencia vital.

En este punto, manifiesto que debe mantenerse la declaratoria de responsabilidad de la E.P.S. ASMET SALUD, puesto que, de la revisión de la historia clínica se evidencia una tardanza exagerada en la remisión del paciente a una institución hospitalaria de mayor nivel de complejidad.

Para el 17 de febrero de 2016, el menor JUAN ESTEBAN MACÍAS PORRAS (q.e.p.d.) continuaba presentando dolor abdominal intenso, vómito persistente, deposiciones líquidas, leucocitosis y neutrofilia severa, motivo por el cual se ordenó su remisión a Cirugía Pediátrica – Pediatría III Nivel.

OBJETIVO - ANALISIS

PACIENTE DE 12 AÑOS Y 10 MESES CON ANTECEDENTE DE SX DOWN, EN SU 18 DIA DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA CON DIAGNOSTICOS

1. NFERMEDAD DIARREICA DISENTERICA EN TRATAMIENTO DIA SVANCOMICINA-METRONIDAZOL (PREVIOS 3 DIAS AMPICILINA SULBACTAM Y 7 DIAS CEFTRIAXONA)
2. DOLOR ABDOMINAL
3. COLELITIASIS
4. HEPATOMEALIA
5. ASCITIS LEVE
6. MICROLITIASIS RENAL DERECHA
7. PIELECTASIA IZQUIERDA

HOY EN COMPAÑIA DE PADRES, COEMNTAN QUE LO VEN IGUAL Y AHORA CON MAS DOLOR ABDOMINAL QUE SE HA TORNADO UN POCO MAS INTENSO, CONTINUA CON DEPOSICIOENS LIQUIDAS #3 DURANTE EL DIA SIN MOCO NI SANGRE, VARIOS EPISODIOS EMETICOS DURANTE EL DIA, HOY 1. DIURESIS POSITIVA. PACIENTE CONCIENTE, ALERTA, CON PALIDEZ MUCOCUTANEA GENERALIZADA, PINRAL, MUCOSA ORAL HIRTADA, CUELLO SIN ADENOPATIAS MOVIL, EUPNEICO SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO SOBREAEGREGADOS PULMONARES, RXCSRS, ABDOMEN GLOBOSO POR PANICULO ADIPOSO, DEPRESIBLE BLANDO NO HAY SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, CON LEVE DOLOR A AL PALPACION HIPOCONDRIO DERECHO, EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA PULSOS DISTALES CONSERVADOS, SNC SIN DEFICIT APARENTE.

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE SX DOWN EN SU 18 DIA DE ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA QUIEN INGRESO POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 5 DIAS DE EVOLUCION CON DEPOSICIONES DIARREICAS Y PICOS FEBRILES. SE TOMARON PARACLINICOS HEMOGRAMA CON LEUCOCITOSIS SEVERA 40.700 CON NEUTROFILIA 83% , PCR POSITIVA 121, COPRO INFECCIOSO POR LO QUE SE INICIO ANTIBIOTICOTERAPIA CON AMPICILINA 1GR IV CADA 6 HORAS, POR DOS DIAS SIN MEJORIA POR LO QUE SE ROTO A ACIDO NALIDIXICO 500MG VO CADA 8 HORAS, EN SU SEGUNDO DIA DE ESQUEMA ANTIBIOTICO PACIENTE CON PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGIA SE ORDENARON IMAGENES ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL QUE REPORTO - COLECISTOLITIASIS, PRESENCIA DE LIQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL. TAC DE ABDOMEN CONTRASTADA: -HEPATOMEALIA, -COLELITIASIS, -MICROLITIASIS RENAL DERECHA, -ECTASIA PIELICA RENAL IZQUIERDA, -ENGROSAMIENTO DE LA PARED DE ASAS DELGADAS HASTA 6MM CON DISTENCIÓN DE 25MM, HALLAZGOS QUE SUGIEREN CAMBIOS INFLAMATORIOS; A CORRELACIONAR CON ANTECEDENTES MÉDICOS DEL PACIENTE (ENTERITIS) - ASCITIS LEVE. FUE VALORADO EN CONJUNTO CON CIRUGIA GENERAL QUIEN SUGIERE CONTINUAR ESQUEMA ANTIBIOTICO YA QUE EL MENOR

Ingreso: 545333 Fecha Historia: 17/02/2016 09:40:13 a.m. # Autorización: HX
Fecha Ingreso: 30/01/2016 10:04:54 a.m. Causa del Ingreso: Enfermedad general pediatría
Identificación: 1006483861 Nombres: JUAN ESTEBAN Apellidos: MACIAS PORRAS
Número de Folio: 46 Ubicación: HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E - HOSPITALIZACION PEDIATRIA

Página 97/213

NO TIENE ABDOMEN QUIRURGICO, COLECISTOLITIASIS HALLAZGO INCIDENTAL. VALORADO POR UROLOGIA QUIEN REFIERE QUE SE TRATAN DE MICROLITIASIS Y SE PUEDE MANEJAR AMBULATORIAMENTE. POSTERIORMENTE SE ROTO ANTIBIOTICOTERAPIA A VANCOMICINA 410MG CADA 6 HORAS Y METRONIDAZOL 500MG IV CADA 8 HORAS POR ESCACES DE CEFTRIAXONA, HOY EN SU 5 DIA DE MANEJO ANTIBIOTICO CONTINUA CON DOLOR ABDOMINAL INTENSO OCASIONAL, PERSISTENCIA DE LAS DEPOSICIONES # 3 DURANTE EL DIA, NO TOLERA VIA ORAL, MULTIPLES EPISODIOS EMETICOS POSPANDIALES, HOY UNO. SIN PICOS FEBRILES, A BDOMEN BLANDO NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SISRS NO DIFICULTAD RESPIRATORIA. POR EVOLUCION ESTACIONARIA DE CUADRO CLINICO SE DECIDE REMITIR A A CIRUGIA PEDIATRICA EN CONJUNTO CON PEDIATRIA III NIVEL. AMBULANCIA MEDICALIZADA.

1. REMISION A CIRUGIA PEDIATRICA Y PEDIATRIA EN AMBULANCIA MEDICALIZADA
2. LACTATO DE RINGER 500 ML + 7CC KATROL PASAR A 85CC HORA
3. METRONIDAZOL IV 500MG/8H D5
4. VANCOMICINA IV 410MG/6H D5
5. OMEPRAZOL 20 MG/12H
6. HIOSCINA 20MG/8H
8. METOCLOPRAMIDA 8,5 MG CADA 8H
9. ACETAMINOFEN 500MG/ 6 H POR FIEBRE
10. EPTAVIS 1 GRAMO/24 H
11. SULZINC 5 CC/12H
12. SS VALORACION POR CIRUGIA GENERAL
13. REPOSO GASTRICO POR 4 HORAS
14. CSV AC
15. SS ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL
16. SS RX DE ABDOMEN TOTAL SIMPLE DE PIE

HOSPITAL MARIA INMACULADA
E.S.E. Florencia Caquetá
Certifica que esta Historia Clínica
es fiel copia tomada del original
Firma: _____ OFIC. INFORMACIÓN

Para concretar la mencionada remisión, el señor Jorge Vásquez Motta actuando en nombre y representación del menor Juan Esteban Macías Porras (q.e.p.d.) instauró acción de tutela en contra de la E.P.S. ASMET SALUD y la Secretaría Departamental de Salud, con el fin de que se ampararan sus derechos fundamentales a la vida digna, seguridad social, y a la salud, vulnerados por la negativa de remitirlo en ambulancia medicalizada a una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrica de III o IV Nivel de forma urgente¹.

El día 29 de febrero de 2016, es aceptada la remisión del paciente en la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, transcurriendo 12 días de tardanza por parte de la E.P.S. ASMET SALUD, tiempo en el que su estado de salud se deterioró aún más, con evolución tórpida, cuadro clínico indicativo de septicemia, y sin recibir ni los procedimientos quirúrgicos ni los tratamientos médicos adecuados.

Según la Perito Dra. Ana Katherina Serrano Gayubo, Medica Especialista en Pediatría, el tiempo que tardó la remisión del paciente fue excesivo debido a su gravedad, lo cual indició negativamente sus posibilidades de recuperación:

“PREGUNTADO: ¿Era urgente la remisión del paciente a cirugía pediátrica y por qué era urgente esa remisión? CONTESTÓ: Como habíamos dicho la evolución no fue satisfactoria, los médicos a cargo del paciente, que era médicos clínicos, habían agotado sus posibilidades de hacer ningún tipo de tratamiento más, por tanto, la solicitud de la remisión fue oportuna y era urgente de haberla conseguido de parte administrativa. PREGUNTADO: ¿Con una remisión oportuna del paciente se hubieran aumentos sus posibilidades recuperación? CONTESTÓ: Muy probablemente sí señor.”

El día 1º de marzo de 2016, el menor Juan Esteban Macías Porras (q.e.p.d.) fue recibido en la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva, y al día siguiente fue intervenido quirúrgicamente, encontrándose una peritonitis generalizada y un plastrón apendicular como origen de la sepsis severa de origen abdominal, la cual nunca fue sospechada ni considerada en la E.S.E. Hospital María Inmaculada.

El día 11 de marzo de 2016, cirugía pediátrica de la E.S.E. Hospital Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva encontró perforación única de íleon terminal sobre borde mesentérico y, el día 13 del mismo mes y año, como resultados de patología reportó el hallazgo de parásitos STRONGILOIDES STERCOLARIS, como probable causa de dicha perforación.

3. SOBRE EL RECURSO DE APELACIÓN DE ALLIANZ SEGUROS GENERALES S.A.

Expone que en el *sub-judice* no se encuentra una no se encuentra acreditada una falla del servicio de la E.S.E. Hospital María Inmaculada, así como tampoco, la pérdida de la oportunidad de la recuperación del estado de salud del menor Juan Esteban Macías Porras (q.e.p.d.).

Por el contrario, la deficiente prestación de los servicios médicos está demostrada tanto con lo historia clínica del paciente como con el dictamen pericial de la Dra. Ana

¹ Página 68 01CuadernoPrincipal.

Katherina Serrano Gayubo, Medica Especialista en Pediatría, como se expondrá a continuación:

De acuerdo con la Historia Clínica obrante en el expediente, el menor JUAN ESTEBAN MACÍAS PORRAS (q.e.p.d.) para el día 30 de enero de 2016, fue ingresado al servicio de urgencias de la E.S.E. Hospital María Inmaculada de Florencia, presentando un cuadro clínico de cinco (5) días de evolución, caracterizado por diarrea, dolor abdominal, picos febriles, vómito e intolerancia a la vía oral, siendo diagnosticado inicialmente como gastroenteritis.

Para los días tres (3) y cinco (5) de febrero de 2016, el paciente persistía en un cuadro diarreico caracterizado por deposiciones líquidas con sangre y moco, aunado a una **leucocitosis elevada de 40.000 y eosinofilia del 35%**, emitiéndose el diagnóstico de “*enfermedad diarreica disentérica*”:

Ingreso: 545333 Fecha Historia: 03/02/2016 12:04:49 p.m. # Autorización: HX Página 14/213
Fecha Ingreso: 30/01/2016 10:04:54 a.m. Causa del Ingreso: Enfermedad general pediatría
Identificación: 1006483861 Nombres: JUAN ESTEBAN Apellidos: MACIAS PORRAS
Número de Folio: 10 Ubicación: HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E - HOSPITALIZACION PEDIATRIA

PERITONEAL. EXTREMIDADES: EUTROFICAS SIN EDEMA. PULSOS PERIFERICOS PRESENTES DE ADECUADA INTENSIDAD.

ANALISIS
PACIENTE CON CUADRO DE 15 DIAS DE EVOLUCION DE CUADRO DE DOLOR ABDOMINAL, MAS DEPOSICIONES DIARREICAS LIQUIDAS CON SANGRE Y MOCO ACTUALMENTE CON DIAGNOSTICOS DE MANEJO DE DISENTERIA, AL INGRESO CON FIEBRE, LEUCOCITOSIS, PERSISTE LEUCOCITOSIS, LEUCOCITOSIS ELEVADA CERCA 40000 LEUCOCITOS EN LOS DOS HEMOGRAMAS DE INGRESO CON RESULTADO SIMILAR EN HEMOGRAMA CONTROL, AUNQUE EN BUEN ESTADO GENERAL SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION PERSISTE CON DEPOSICIONES LIQUIDAS DE MAS #10 DEPOSICIONES DIA, SE CONSIDERA QUE ANTE HALLAZGOS EN HEMOGRAMA CON PERSISTENCIA DE LA DIARREA PACIENTE SE BENEFICIA DE ESCALONAMIENTO DE TERAPIA ANTIBIOTICA SE FORMULA CEFTRIAXONA EN COPROSCOPICO DE CONTROL MEJORIA DE LOS PARAMETROS UNICAMENTE CON REPORTE DE MICROORGANISMOS NO PATOGENO QUE NO REQUIEREN TRATAMIENTO, SE FORMULA ADICIONALMENTE EPTAVIS PARA COMPLEMENTAR TRATAMIENTO, SE EXPLICA A MADRE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, POR EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA NI DE DESHIDRATACION.

PLAN
CONTINUAR EN LA UNIDAD
DIETA ASTRINGENTE
LACTATO RINGER 85 CC HORA
CEFTRIAXONA 1,5 GRAMOS CADA 8 HORAS
EPTAVIS 1 GRAMO/24 H
ACETAMINOFEN 500MG/ 6 H POR FIEBRE
CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS

Al respecto, resulta evidente que los médicos tratantes, sin una explicación razonable, omitieron considerar una sepsis de origen abdominal, a pesar de que el paciente presentaba criterios para hacerlo, tales como, fiebre, dolor abdominal, diarrea y un hemograma con una marcada leucocitosis y eosinofilia.

En este sentido, la marcada leucocitosis y eosinofilia eran signos de una respuesta inflamatoria sistémica que nunca fue considerada ni sospechada por los médicos tratantes.

Para el día 10 de febrero de 2016, el paciente presentaba el **“abdomen globoso”** y un **dolor referido a la palpación profunda en predominio del hipocondrio derecho:**

ANALISIS
PACIENTE CON CUADRO DE DIARREA DISENTERICA TRATADA INICIALMENTE CON AMPICILINA SULBACTAM, SIN RESPUESTA SE ESCALONO A LOS 3 DIAS DE TRATAMIENTO A CEFTRIAXONA, EL DIA DE AYER CUMPLIO DIA 7, POR FALTA DE INSUMOS SE CAMBIO MEDICACION A AMPICILINA SULBACTAM, CONSIDERAMOS QUE ROTACION DE ANTIBIOTICO NO ES ADECUADA PARA PACIENTE QUE RECIBIO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO POR 7 DIAS POR LO CUAL SUSPENDEMOS CEFTRIAXONA, DEJAMOS UNICAMENTE CUBRIMIENTO CON METRONIDAZOL, PARA BLASTOCISTIS HOMINIS Y MICROORGANISMOS GRAM NEGATIVOS Y ANAEROBIOS PACIENTE QUE PERSISTE CON DOLOR ABDOMINAL, DOLOR A LA PALPACION SIN SIGNOS FRANCOS DE IRRITACION PERITONEAL PERO DE LARGA DATA PREDOMINIO HIPOCONDRIO DERECHO, SOLICITAMOS ECOGRAFIA ABDOMINAL.

PLAN
NUEVAS ORDENES: SUSPENDER AMPICILINA SULBACTAM, SS ECOGRAFIA ABDOMINAL, OMEPRAZOL 20 MG/24H

CONTINUAR EN LA UNIDAD
DIETA ASTRINGENTE
CATETER HEPARINIZADO
METOCLOPRAMIDA 8,5 MG CADA 8H
ACETAMINOFEN 500MG/ 6 H POR FIEBRE
EPTAVIS 1 GRAMO/24 H

Profesional: MARTHA LUCIA SALTAREN PINTO Identificación: 1006483861
Especialidad: PEDIATRIA Nombre: JUAN ESTEBAN
Tarjeta Prof. # 1324 Apellido: MACIAS PORRAS

Impreso el 15/12/2017 a las 15:43:20 Por el Usuario 210 - MARISOL GARCIA CAICEDO
Indigo Crystal.Net - Powered By INDIGO TECHNOLOGIES - to E S E HOSPITAL MARIA INMACULADA NIL 00000891180088

En la misma fecha, los resultados de la ecografía de abdomen arrojaron la presencia de **“líquido libre intraperitoneal en el hueco pélvico”**:

INTERPRETACION DE PARACLINICOS		
Folio Sol. 23	Servicio ECOGRAFIA ABDOMEN TOTAL INCLUYE HIGADO PANCREAS VESICULA VIAS BILIARES RIÑONES BAZO GRANDES VASOS PELVIS Y FLANCOS	Interpretación HIGADO: BORDES REGULARES DE FORMA, TAMAÑO Y SITUACION NORMAL, ECOGENICIDAD HOMOGENEA SIN LESIONES OCUPANTES DE ESPACIO. VIAS BILIAR: NO DILATADAS. VESICULA: DE 45X20mm, BORDES REGULARES CON IMAGEN ARCIFORME DE 22mm. QUE PROYECTA SOMBRA. PANCREAS: DE ASPECTO ECOGRAFICO NORMAL. BAZO: HOMOGENEO DE 110mm. AMBOS RIÑONES: DE ASPECTO ECOGRAFICO NORMAL. RIÑON DERECHO: DE 91X31mm. RIÑON IZQUIERDO: DE 85X44mm. VEJIGA: PARCIALMENTE DISTENDIDA. PRESENCIA DE LIQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL EN EL HUECO PELVICO. OPINION: - COLECISTOLITIASIS. - PRESENCIA DE LIQUIDO LIBRE INTRAPERITONEAL.

HOSPITAL MARIA INMACULADA
E.S.E. Florencia, Caquetá
Certifico que esta es fotocopia tomada del original
Firma: OFIC. INFORMACIÓN

OBJETIVO - ANALISIS	
Profesional: MARTHA LUCIA SALTAREN PINTO	Identificación: 1006483861
Especialidad: PEDIATRIA	Nombre: JUAN ESTEBAN
Tarjeta Prof. # 1324	Apellido: MACIAS PORRAS

Impreso el 15/12/2017 a las 15:43:23 Por el Usuario 210 - MARISOL GARCIA CAICEDO
Indigo Crystal.Net - Powered By INDIGO TECHNOLOGIES - to E S E HOSPITAL MARIA INMACULADA Nit: 00000891180098

El día 12 de febrero de 2016, la Tomografía Computarizada de Abdomen Simple y con Doble Contraste –TAC-, **arrojó el engrosamiento de asas delgadas que sugerían cambios inflamatorios**:

S// PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUIEN REFIERE DEPOSICIONES CONSISTENCIA BLANDA. 3 EN EL DIA DE AYER NO LIQUIDAS, PERSISTE CON DOLOR ABDOMINAL, NO HA HECHO DEPOSICIONES EL DIA DE HOY, REFIERE EMESIS DEL CONTENIDO ALIMENTARIO HOY EN LA MAÑANA, NO DIFICULTAD RESPIRATORIA, NO OTRA SINTOMATOLOGIA
O// ALERTA AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DESHIDRATACION, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS RANGOS DE NORMALIDAD, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CYC: NORMOCEFALIA, MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS, CUELLO MOVIL, SIN MASAS NI ADENOPATIAS, TORAX NORMO EXPANSIBLE, NORMOVENTILADO, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN GLOBOSO, ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO, SIGNO MURPHY NEGATIVO, SIN EMBARGO PACIENTE REALIZA ACCIONES SUGESTIVAS DE DOLOR EN HEMIABDOMEN DERECHO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES: EUTROFICAS, MOVILES, SIN EDEMA PULSOS PERIFERICOS PRESENTES DE ADECUADA INTENSIDAD, NEUROLOGICO ISOCORIA NORMORREACTIVA.
PARACLINICOS:
12/02/2016 HEMOGRAMA: LEU:25600 N:82.5% L:10.1% HB:12.9 HTO:39.3 VCM:90 HCM:29 PLAQ:601000 BUN:7.39 CRE:0.84 TAC: REPORTA HEPATOMEGALIA, COLELITIASIS, MICROLITIASIS RENAL DERECHA, ECTASIA PIELICA RENAL IZQUIERDA, ENGROSAMIENTO DE LA PARED DE ASAS DELGADAS HASTA LAS 6MM CON DISTYENCION DE 25MM, QUE SUGIEREN CAMBIOS INFLAMATORIOS, ASCITIS LEVE
A// PACIENTE DE 12 AÑOS EN MANEJO CONJUNTO CON CIRUGIA GENERAL, CON CUADRO DE DIARREA DISENTERICA EN RESOLUCION QUE RECIBIO ANTIBIOTICO DE AMPLIO ESPECTRO, ACTUALMENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, QUIEN CONTINUA CON SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA DADA POR LEUCOCITOSIS PERSISTENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, CONTINUA CON DOLOR ABDOMINAL CON PREDOMINO EN HIPOCONDRIO DERECHO AUNQUE CON MURPHY NEGATIVO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, COMPLETO TRATAMIENTO PARA EDA DISENTERICA CON AMPICILINA SULBACTAM MAS CEFTRIAXONA POR LO CUAL SE DECIDE INICIAR CON VANCOMICINA 410MG CADA 6 HORAS DEBIDO A QUE PACIENTE QUIEN TIENE FUNCION RENAL ADECUADA, DEBIDO A QUE NO TOLERA LA VIA ORAL SE DECIDE CAMBIAR VIA DE ADMINISTRACION DE METRONIDAZOL Y ADICIONAR HICICINA, TAC QUE REPORTA CALCULOS RENALES, VALORADO POR CIRUGIA GENERAL POR QUIEN SOLICITAN GASES ARTERIALES Y SUGIEREN VALORACION POR UROLOGIA, POR LO CUAL SE SOLICITA VALORACION POR UROLOGIA DESPUES DE VER EL REPORTE DEL TAC, POR EL MOEMENTO CONTINUA CON RESTO DE MANEJO MEDICO PREVIAMENTE INSTAURADO.
PLAN
CONTINUAR EN LA UNIDAD
DIETA ASTRINGENTE HIPOGRASA
CATETER HEPARINIZADO
VANCOMICINA 410MG CADA 6 HORAS
HICICINA 200MG CADA 8 HORAS
METRONIDAZOL 8,5 MG/8H IV DESPUES DELAS COMIDAS

HOSPITAL MARIA INMACULADA
E.S.E. Florencia, Caquetá
Certifico que esta es fotocopia tomada del original
Firma: OFIC. INFORMACIÓN

Ingreso: 545333	Fecha Historia: 13/02/2016 11:10:35 a.m.	# Autorización: HX	Página 77/213
Fecha Ingreso: 30/01/2016 10:04:54 a.m.	Causa del Ingreso: Enfermedad general pediatría		
Identificación: 1006483861	Nombres: JUAN ESTEBAN	Apellidos: MACIAS PORRAS	
Número de Folio: 37	Ubicación: HOSPITAL MARIA INMACULADA E.S.E. - HOSPITALIZACION PEDIATRIA		

La aorta y cava inferior son de calibre normal
Escaso líquido libre en espacio rectovesical
Estructuras óseas no muestran lesiones líticas, blásticas ni trazos de fracturas.
Hernia umbilical sin criterios obstructivos

OPINIÓN:
-HEPATOMEGALIA
-COLELITIASIS
-MICROLITIASIS RENAL DERECHA
-ECTASIA PIELICA RENAL IZQUIERDA
- ENGROSAMIENTO DE LA PARED DE ASAS DELGADAS HASTA 6MM CON DISTINCION DE 25MM, HALLAZGOS QUE SUGIEREN CAMBIOS INFLAMATORIOS; A CORRELACIONAR CON ANTECEDENTES MEDICOS DEL PACIENTE (ENTERITIS)
-ASCITIS LEVE
-RESTO DEL ESTUDIO SEGUN DESCRIPCION

Hasta este punto, resultaba evidente que el paciente reflejaba un grave deterioro clínico con signos de repuesta inflamatoria sistémica, caracterizada por un cuadro de dolor abdominal, diarrea, leucocitosis, eosinofilia, líquido libre intraperitoneal, engrosamiento de asas del intestino delgado, lo cual podía sugerir una apendicitis, peritonitis o perforación intestinal, sin embargo, la conducta médica se limitaba a remitir al paciente a valoración por cirugía general, quienes omitiendo cada uno de estos criterios, cerraban la interconsulta aduciendo erróneamente que no se requería intervención quirúrgica, a pesar de que resultaba razonable sospechar una sepsis de origen abdominal que debía ser indagada y/o descartada mediante nuevos estudios imagenológicos o a través de una intervención de laparotomía o laparoscopia diagnóstica.

Por el contrario, los médicos tratantes efectuaron remisiones a las especialidades de urología, gastroenterología y hematología, consultas cerradas de forma inmediata, pues, el cuadro clínico no correspondía a su competencia.

Además de lo anterior, los médicos encargados de las interconsultas por cirugía general omitieron considerar que la gran cantidad de antibióticos de amplio espectro que le fueron suministrados al paciente por un tiempo prolongado podían enmascarar los signos de irritación peritoneal, motivo adicional y suficiente para que decidieran apoyarse en nuevos exámenes y procedimiento diagnósticos, y no limitarse al examen clínico del menor JUAN ESTEBAN MACÍAS PORRAS (q.e.p.d.).

Sobre lo anterior, la Dra. Ana Katherina Serrano Gayubo, Medica Especialista en Pediatría, en la sustentación de su dictamen pericial manifestó:

*“PREGUNTADO: ¿Cuál pudo ser la causa de la inadecuada evolución en este paciente? CONTESTÓ: Entonces aquí vamos mirando que en el transcurso de la enfermedad del paciente, él tenía episodios que mejoraba, luego volvía recaer con más deposiciones diarreicas, volvía a hacer fiebre y **hubo un cambio en cuatro (4) oportunidades de antibióticos cada vez siendo más fuertes ellos, cada vez más fuertes, cuando se dan tantos antibióticos que atacan tantos tipos de bacterias de todas las clases, pues, los antibióticos por decirlo de alguna manera, pues, coloquial y jocosa, no son inteligentes, no atacan exclusivamente la bacteria que nos está causando los daños sino que también ataca la flora bacteriana buena que tenemos en nuestro organismo, en ese contexto aparecen quizás algunas bacterias que son indeseadas que las bacterias propias buenas no son capaces de tenerlas a raya y aparecen quizás otras bacterias que nos generan algunas dificultades**, por ejemplo, unas de las bacterias puede ser clostridium difficile que está generalmente asociado a unos tratamientos antibióticos prolongados y nos puede dar algunos casos de inflamación gastrointestinal favoreciendo una posible colitis pseudomembranosa, este es una especulación ante el análisis de la historia clínica porque nunca se le hizo estudios específicos para ello, tampoco tengo historia clínica de lo sucedido en el Hospital de Neiva ni mucho menos una necropsia que nos pueda abrir más los ojos **pero viendo que fueron tantos antibióticos por tanto tiempo de tan alto espectro, creo que ese pudo haber sido uno de los problemas, adicionalmente esos antibióticos pueden mitigar esa respuesta inflamatoria que produce la apendicitis y haber enmascarado parcialmente el cuadro clínico, por lo tanto, el hallazgo clásico de los signos de irritación peritoneal para uno pensar en un abdomen agudo pudo haber sido velado o borrado parcialmente por ese uso de antibióticos tan prolongado** y también como habíamos hablado los eosinófilos, que son esas células que podían atacar parásitos o amebas, los pacientes que tienen la condición de síndrome de down tienen varios hallazgos que no es la mera discapacidad intelectual, ellos pueden tener cardiopatías, enfermedades renales, gastrointestinales, tiroides, hernias, etcétera, y uno de los hallazgos que pueden tener los pacientes con síndrome de down son los problemas hematológicos, cuando se encuentra estos eosinófilos tan altos en ocasiones se puede considerar un síndrome de hipereosinofilia que en ocasiones esas células inflamatorias van a atacar la pared intestinal y la pueden inflamar tanto que puede generar una obstrucción del intestino o de esa parte del intestino que se llama apéndice, adicionalmente tenemos que considerar que el paciente tenía vuelto a reiterar un síndrome de down, no conozco el estado basal del paciente porque algunos tienen una discapacidad que no les es fácil una comunicación verbal muy clara,*

Carrera 6 No. 15-36 Barrio Siete de Agosto - Florencia - Caquetá

Teléfono 3115214795 - Fijo 4340117

www.qytabogados.com

entonces eso pudo haber desviado un poco la atención, adicionalmente el paciente según el peso y la talla que aparece en la historia clínica estaba sobrepesado y describen que había aumento del pániculo adiposo en el abdomen, es decir, coloquialmente pues estaba gordito y eso también dificulta el examen físico para hacer un diagnóstico preciso de un abdomen agudo, pienso que todo esto tuvo mucha implicación el cuadro clínico del paciente.”

En la citada sustentación del dictamen pericial, la médico perito expuso que ante la dificultad diagnóstica y la evolución tórpida del paciente, debió usarse una nueva batería de estudios diagnósticos que permitieran establecer la causa de la sepsis de origen abdominal:

“PREGUNTADO: ¿Esa dificultad diagnóstica hubiese podido con algunos implementos ser más fácil el diagnóstico?, es decir, ¿qué hubiera ayudado a que ese diagnóstico no fuera tan difícil? CONTESTÓ: Quizás repetir en un tiempo posterior otra ecografía u otra tomografía, ellos estaban pensando en otra sintomatología intestinal y sí solicitaron otra cosa que fue la endoscopia digestiva, entonces si quizás uno hubiera podido haber hecho otra ecografía, las ecografías son estudios que no son dolorosos, que no emiten radiación, que son baratos, que son ampliamente conseguibles en la mayoría de sitios, pues, en una ciudad como la que nos compete en ese momento era muy fácil de conseguir y ya sabíamos que la teníamos previamente, entonces, a veces como esa confianza que dio el estudio inicial de pronto les sesgó la posibilidad de haber repetidos los estudios imagenológicos para ver qué más podía pasar. PREGUNTADO: ¿Podría estar sugerida la ecografía con los signos y síntomas que sufría el paciente en ese momento? CONTESTÓ: El caso de dolor abdominal recurrente, claro, una ecografía era una posibilidad para hacerle dentro de los estudios diagnósticos. PREGUNTADO: Dentro el marco de las posibilidades, ¿qué hubiera ayudado esa ecografía en caso de que se hubiese practicado? ¿Hubiera ayudado en algo a un mejor diagnóstico? CONTESTÓ: Sí quizás más adelante, pues, no al inicio del cuadro porque ya vimos lo que tenía, pero, mucho más adelante quizás sí hubiese logrado ver la patología del apéndice que estaba cursando más adelante o que curso más adelante, igual, una tomografía también hubiese podido ver la colección cercana a la zona del apéndice, esas cosas hubieran podido ser vistas en unos estudios diagnósticos pero más adelantaditos, no al inicio porque ya vimos que los del inicio estaban bonitos, pues, estaban relativamente bien, por decirlo de alguna manera. PREGUNTADO: ¿Esta nueva ecografía que se le hubiera realizado al paciente nos hubiera permitido determinar si el paciente sufría una perforación intestinal? CONTESTÓ: La ecografía es un estudio por decirlo de alguna manera como un poquito más básico que la tomografía, pero, sí podría haber ya encontrado colecciones, esa es muy difícil que encuentre la ecografía el punto exacto de una perforación o algo así, pero, si ya puede haber habido unos hallazgos sugestivos de una patología quirúrgica, hechos como lo dije, no inmediatamente de lo que estábamos hablando sino en el transcurso de unos poquitos días más adelante sí la ecografía nos hubiese podido haber abierto los ojos o aclarado algunas dudas. PREGUNTADO: ¿Los signos clínicos del paciente aconsejaban hacer una TAC o una ecografía teniendo en cuenta que pues si no había irritación peritoneal y ya se había hecho con antelación esos estudios diagnósticos imagenológicos con resultados negativos, era necesario volverlo a hacer teniendo en cuenta que los signos clínicos no arrojaban esa conclusión? CONTESTÓ: Tal vez la palabra necesaria es palabra que no hubiese sido mandatorio, pero, en el caso, es probable que la palabra mandatorio que no, pero, podría haber sido una buena sugerencia debido al dolor abdominal crónico y recurrente, o sea, persiste con el dolor, por qué no mejora el dolor, qué pasa, sigamos buscando, entonces, en ese orden de ideas uno podría haber dicho, bueno si inicialmente no teníamos nada y el paciente continúa así pues volvámosle a repetir a ver si ya le encontramos algo diferente.”

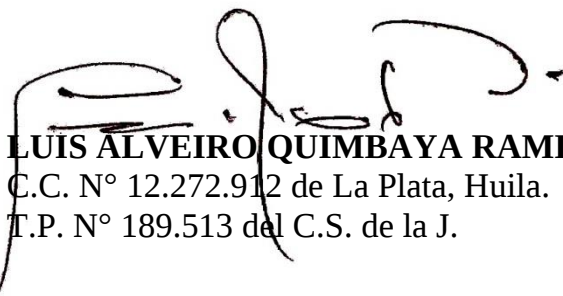
En consecuencia, probatoriamente se encuentra suficientemente acreditada la falla del servicio en la atención médica brindada al paciente por la E.S.E. Hospital María Inmaculada de Florencia, pues, los médico tratantes omitieron indagar sobre la posibilidad de una sepsis de origen abdominal, causada por una apendicitis o por una perforación intestinal por infección bacteriana, puesto que, como se expuso, existían criterios fundados para sospecharla, no interpretaron los hallazgos de las imágenes con los hemogramas y hemocultivos, no consideraron que los signos de irritación peritoneal se encontraban enmascarados por el tiempo prolongado de suministro de antibióticos de alto espectro, no ordenaron nuevos exámenes y procedimientos diagnósticos, impidiendo que se llevara al paciente de forma pronta y oportuna a una intervención quirúrgica que hubiera permitido descartar o confirmar dichas patologías y la consecuencial sepsis, que a la postre condicionaron la muerte del paciente.

Ahora bien, la existencia de la pérdida de oportunidad para la recuperación de la salud del menor JUAN ESTEBAN MACÍAS PORRAS (q.e.p.d.) no admite ningún tipo duda, máxime cuando su mayor deterioro clínico, se produjo el 17 de febrero de 2016, fecha probable de la perforación intestinal, es decir, cuando ya estaba hospitalizado desde hace 17 días, lo que indica que el paciente pudo haber sido llevado a cirugía de forma oportuna, evitando la sepsis que produjo el deceso. Al respecto, la Dra. Ana Katherina Serrano Gayubo, expuso:

*“PREGUNTADO: ¿Cuándo entonces debió haberse practicado esa laparotomía, según el saber y entender de la señora perito, para que el señor hubiera tenido posibilidades de vida? CONTESTÓ: **Si al 17 de febrero, los síntomas eran mucho peores, el día 17 de febrero como que varía ya la evolución de ser regular a ponerse realmente mucho más enfermo, es decir, que uno o dos días después, que la mayoría de casos quirúrgicos podría uno resolverlo uno o dos días después, más o menos podría haber tenido una evolución mucho más favorable, o sea, el 17, 18, 19, 20 a lo sumo de febrero, es probable que la evolución hubiese sido mejor.**”*

De conformidad con las anteriores consideraciones, los recursos de apelación instaurados en contra de la sentencia de primera instancia por parte de la E.S.E. HOSPITAL DEPARTAMENTAL MARÍA INMACULADA, la E.P.S. ASMET SALUD y ALLIANZ SEGUROS GENERALES S.A., deben ser despachados desfavorablemente, por cuanto, el *a-quo* acertó al encontrar acreditados los elementos de la responsabilidad médica extracontractual.

Atentamente,



LUIS ALVEIRO QUIMBAYA RAMIREZ
C.C. N° 12.272.912 de La Plata, Huila.
T.P. N° 189.513 del C.S. de la J.