



REPUBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL
JUZGADO CUARTO ADMINISTRATIVO DEL CIRCUITO
ARMENIA – QUINDIO

Armenia, Q, dos (2) de julio de dos mil veinticinco (2025).

Referencia: Sentencia
Medio de control: Reparación Directa
Radicación: 63-001-3333-004-2019-00159-00
Demandante: Kevin Felipe Gallego Quiguanas y otros
Demandados: Red Salud ESE Hospital del Sur Armenia, Q y clínica Central del Quindío
Llamados en garantía: La Previsora compañía de seguros S. A, Allianz seguros S. A y la Dra. María Helena Gaitán Buitrago

Procede el Despacho a dictar sentencia en el proceso de la referencia.

ASUNTO

Cumplidas las etapas previstas en el presente proceso de Reparación Directa, promovido por las siguientes personas: Brayan Andrés, Kevin Felipe y Yeraldín Alejandra Gallego Quiguana, María Carreño de Quiguanas, Marcela Ofir Quiguanas Carreño y Lis Alejandra Gallego Quiñonez Quiñonez Bernal, en contra del hospital del Sur ESE de Armenia, Q, y la clínica Central del Quindío sin que se observen causales de nulidad que puedan invalidar lo actuado, y cumplidos los presupuestos procesales del medio de control, el despacho, en primera instancia, dictará la sentencia que en derecho corresponda.

DEMANDA

PRETENSIONES

Se presenta demanda de reparación directa tendiente a que las entidades demandadas concurren de forma solidaria al reconocimiento y pago de la indemnización por perjuicios materiales y extra-materiales para los demandantes y para la sucesión de la señora Lisnedy Quiguanas Carreño derivados de una mala praxis médica, pérdida de oportunidad, falla médica, error de diagnóstico, tardía y deficiente prestación del servicio que llevó a la muerte de la referida señora.

Perjuicios **materiales:**

Por *daño emergente:*

A favor de *Brayan Andrés, Kevin Felipe, Yeraldín Alejandra Gallego Quiguanas en calidad de hijos de la víctima directa, las suma de:*

\$ 2.310.000= por concepto de gastos funerarios

\$ 1.174.000= honorarios por peritaje médico pagados a la doctora Andrea María Suárez Mendoza.

Por **lucro cesante**:

\$ 1.641.714= por lucro cesante acumulado **para la sucesión** de la señora *Lisnedi Quiguanas Carreño*, por salarios y auxilio de transporte dejados de percibir durante el tiempo que estuvo incapacitada para trabajar por enfermedad, cirugía, hospitalización y hasta la fecha de su muerte.

\$ 2.462.571= por lucro cesante acumulado **para Brayan Andrés Gallego Quiguanas**, por salarios y auxilio de transporte dejados de percibir al retirarse de la empresa para prestar asistencia a su señora madre durante el tiempo que estuvo internada en los centros hospitalarios.

\$ 6.275.759= por lucro cesante consolidado para *Yeraldín Alejandra Gallego Quiguanas*, por los alimentos dejados de percibir como consecuencia de la hospitalización de su señora madre.

\$ 23.856.969= por lucro cesante futuro para *Yeraldín Alejandra Gallego Quiguanas*, por el mismo concepto desde la muerte de su señora madre hasta que cumpla los 25 años.

Perjuicios **inmateriales**:

Morales:

Para:

La *sucesión* de la señora *Lisnedi Quiguanas Carreño*, víctima directa: 300 s.m.l.m.v;

Brayan Andrés, Kevin Felipe, Yeraldín Alejandra Gallego Quiguanas (hijos) 300 s.m.l.m.v para cada uno;

María Carreño de Quiguanas (madre) y *Marcela Ofir Quiguanas Carreño* (hermana): 200 s.m.l.m.v, para cada una; y

Liz Alejandra Gallego Quiñonez (nieta): 100 s.m.l.m.v

Perjuicios fisiológicos o a la salud o a la vida de relación

Para:

La *sucesión* de la señora *Lisnedi Quiguanas Carreño*: 300 s.m.l.m.v

Brayan Andrés, Kevin Felipe, Yeraldín Alejandra Gallego Quiguanas, María Carreño de Quiguanas y *Marcela Ofir Quiguanas Carreño*: 200 s.m.l.m.v para cada uno; y

Liz Alejandra Gallego Quiñonez (nieta): 100 s.m.l.m.v

Igual pretende se condene a costas y agencias en derecho.

FUNDAMENTOS FÁCTICOS Y JURÍDICOS

La señora Lisnedi Quigüanas Carreño ingresó al hospital del Sur de Armenia, Q, el 26 de febrero de 2017, siendo las 4:50 a. m, por presentar dolor, distensión abdominal y taquicardia.

Reingresa al servicio de urgencias aproximadamente 3 horas después por persistir los síntomas, es atendida con sonda gástrica y paraclínicos hasta las 11:05 a. m que médico general percibe síntomas de apendicitis, por lo que es remitida para evaluación por cirugía general.

A la clínica Central del Quindío, ingresa con diagnóstico de apendicitis con un cuadro de evolución de 18 horas y con indicación de que los síntomas podrían estar enmascarados por el manejo dado en Red Salud hospital del Sur, por lo que se ordena no suministrar analgésicos y radiografía de abdomen.

A pesar de la advertencia señalada, tres horas después ante la persistencia de los síntomas se ordena manejo con Dipirone intravenosa cada 8 horas, se descarta abdomen quirúrgico por parte del médico tratante en la clínica Central del Quindío

Aproximadamente 20 horas después es valorada por el Urólogo, quien descarta infección urinaria y se sigue descartando abdomen quirúrgico y continúa tratamiento con analgésicos.

El 28 de febrero se revisa el Urotac y se observa una masa detrás de la vejiga sin tener certeza si se trata de un plastrón o mioma pues aún están a la espera de la lectura del Urotac y se dispone realizar TAC de abdomen contrastado, pero nunca se realizó y en la historia clínica se registra anotación que esa orden no le pertenecía a la paciente y que había sido dada de alta.

El 2 de marzo la paciente presenta cuadro de hemograma alterado asociado a diarrea y persiste el dolor, habiéndose descartado un abdomen quirúrgico, se diagnostica una posible diarrea disintérica y se ordena nuevos exámenes. El Urotac se reporta en características normales y por la disminución de la diarrea se da de alta a la paciente con tratamiento antibiótico por la posible existencia de una infección urinaria.

Al día siguiente, a las 6 p. m, la paciente reingresa a la clínica Central con dolor insoportable y gran distensión abdominal, se indica que en valoraciones anteriores se encontraron cálculos en la vesícula y colelitiasis sin mejora, se deja y se ordena valoración por cirugía sin que responda a tratamientos ambulatorios, está en muy malas condiciones. Valorada por cirugía general se ordena nuevos exámenes, incluido el TAC de contraste, mismo que no se realizó en oportunidad anterior que porque no había sido ordenado a la paciente. A las 19:47 la paciente es hospitalizada presentando alteraciones respiratorias.

El 4 de marzo, luego de aproximadamente 8 días de evolución de la enfermedad, de 3 reingresos, de haberse remitido a la clínica Central, es diagnosticada con posible obstrucción intestinal, se ordena una laparotomía exploratoria, que se realiza a las 11:28 a. m, encontrando el apéndice cecal perforado, severas adherencias de carácter inflamatorio de epiplón, la severa inflamación y distensión del intestino no permitió el cierre e la herida, realizándose con una bolsa de viaflex. A las 12:23 a. m, ingresa a la UCI con síndrome séptico, mal patrón respiratorio y dolor abdominal con signos de obstrucción intestinal. La laparatomía da como resultado *peritonitis fecal generalizada secundaria a apéndice cecal*

perforada. En horas de la noche, la UCI diagnostica choque séptico de origen abdominal, síndrome de disfunción orgánica múltiple (renal, pulmonar, hemodinámico) con un índice de mortalidad del 23% y pronóstico reservado.

Del 5 al 16 de marzo continuó en malas condiciones con pronóstico reservado y alto riesgo de complicaciones incluida la muerte. El 7 y 8 presentó insuficiencia renal aguda requiriendo hemodiálisis, transfusión sanguínea por hemoperitoneo y anemia severa. El 16 sin embargo, presenta supuesta mejoría y la remiten a sala general para continuar tratamiento por medicina interna y medicina general.

Del 29 de marzo al 10 de abril, la paciente presenta fiebre constante, continúa con herida abierta en el abdomen, anemia, vómito y síntomas de alteración en los pulmones.

El 13 de abril nuevamente es trasladada a UCI, requiriendo intubación orotraqueal; hasta el 18 de abril le realizan transfusiones de sangre por la gravedad de la anemia, se registra existencia de líquidos infecciosos en el abdomen y se drena el líquido de los pulmones.

Para el 19 de abril tiene alto pronóstico de muerte debido a las múltiples complicaciones de la apendicitis aguda con peritonitis, destacándose el severo deterioro de la salud.

El 27 de abril, además de los síntomas indicados presenta pulmonía multipolar y fallece, después de 2 meses de intenso sufrimiento por un diagnóstico errado por parte de los médicos tratantes de las demandadas, además de omisiones, descuidos, negligencia, negándole la posibilidad de practicarle una cirugía a tiempo si se hubiera atendido el diagnóstico del médico general que remitió por apendicitis; o si se hubiera efectuado un adecuado seguimiento a la evolución de la enfermedad para modificar el diagnóstico y por ende el protocolo a seguir, es decir, no cumplieron con los protocolos que aconseja la lex artis.

Brayan Andrés Gallego Quiguanas, hijo de la señora Lisnedi, debió renunciar al contrato de trabajo como auxiliar contable en la empresa BPO CONSULTING SAS, donde devengaba la suma de \$1.231.200=, el 21 de marzo de 2017, para encargarse del cuidado de sus hermanos menores y el de su señora madre durante el tiempo que estuvo recluida en la clínica Central. Se vinculó laboralmente de nuevo, el 4 de julio de 2017 con la empresa Soluciones Laborales y servicios SAS.

La señora Lisnedi Quiguanas Carreño durante todo el tiempo que estuvo enferma debió padecer sufrimiento físico y moral no solo por el dolor que sentía sino por las omisiones, mala praxis médica, errores diagnósticos darse cuenta de que se extinguía su vida después de ser una mujer saludable, lo cual la configura como víctima directa del daño generativo de perjuicios inmateriales en la modalidad de morales y a la salud, así como los de orden material representados en los honorarios dejados de percibir por su actividad económica de empleada doméstica de los cuales derivaba el sustento para ella y su familia, presumiéndose que devengaba un salario mínimo legal mensual vigente, debiendo en consecuencia indemnizarse tales perjuicios a favor de la sucesión de la señora Quiguanas Carreño.

A la fecha del fallecimiento de la señora Quiguanas Carreño, su hija menor Yeraldín Alejandra Gallego Quiguanas contaba con 16 años, por lo tanto, se vio afectada económicamente, pues era la madre la que sufragaba sus gastos.

Los demandantes debieron acudir a préstamo de dinero para sufragar los gastos fúnebres, de esa manera la señora Diana Karina Pineda Castro realizó directamente el pago en la funeraria La Ofrenda.

Como argumentos jurídicos refiere la vulneración de derechos fundamentales a la integridad, la vida y la dignidad humana que se reflejan en el caso concreto en la negativa de las entidades hospitalarias de respetar y seguir los protocolos utilizados para pacientes que ingresan por posibles problemas de apendicitis, lo cual generó un grave error de diagnóstico que le costó la vida a la señora Quiguanas Carreño quien no solo sufrió por las afecciones que la aquejaban, sino que debió soportar todas las complicaciones médicas que se provocaron por los errores médicos que la llevaron a la muerte y, que de paso generaron sufrimiento a toda la familia que vieron el sufrimiento y pérdida de su ser querido sin que tuvieran el deber jurídico de soportar la negligencia y mala prestación del servicio de salud.

Asimismo, consigna providencias del Consejo de Estado sobre el daño antijurídico contenido en el artículo 90 de la C.P. Señala los elementos de la responsabilidad extracontractual del estado, informando que el hecho dañoso, es decir, la muerte de la señora Quiguanas Carreño, fue producto de la mala praxis médica desde las valoraciones hasta los protocolos médicos equivocados, la negligencia en establecer el diagnóstico inicial por el cual fue remitida a la clínica Central de apendicitis, pérdida de oportunidad, es decir, el daño está ligado a las actuaciones y omisiones médico hospitalarias generativas de perjuicios materiales e inmateriales.

CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA.

RED SALUD E.S.E sostiene que, algunos hechos son ciertos, otros no y otros simplemente no le constan. A partir de lo expuesto, se opone a las pretensiones de la demanda, argumentado que RED SALUD E.S.E actuó con plena diligencia y cuidado, cumpliendo total y oportunamente con las obligaciones médico-asistenciales a su cargo suministrando un servicio médico adecuado al paciente, sin que pueda endilgársele responsabilidad alguna por el fallecimiento de la señora Lisnedi Quiguanas Carreño. Argumenta que, de hecho, gracias a la pericia del personal médico de la entidad, se sugirió el diagnóstico de apendicitis, a pesar de que la paciente no informó tener sintomatología asociada a esta patología.

Propone las excepciones de: total cumplimiento de las obligaciones por parte de Red Salud E.S.E. - ausencia de falla generadora del daño; inexistencia del nexo causal; excesiva cuantificación de perjuicios extrapatrimoniales morales – daño a la vida de relación –daño a la salud; inexistencia y falta de acreditación del lucro cesante deprecado ni del daño emergente pretendido.

La **CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDÍO** sobre los hechos señala como *ciertos con aclaración* los indicados del 4 al 9 y 14; *no ciertos* de 10 al 13, 16 a 21; *parcialmente ciertos* 3, 15 y *no le constan* 1, 2, 22 a 26.

Sostiene que, al momento del ingreso de la paciente a la clínica Central, según el cuadro clínico llevaba 18 horas de evolución, sin paraclínicos tomados, con indicación de posible apendicitis, afebril con manejo de dipirona que pudiera estar enmascarando el ese diagnóstico. La especialista en medicina general, doctora Gaitán ordena Urotac y con resultados del mismo descarta abdomen quirúrgico por no haber francos signos peritoneales, advirtiendo que la paciente presenta obesidad grado II dificultando los

hallazgos clínicos por imágenes retardando diagnósticos de patologías quirúrgicas aumentando la incidencia de complicaciones, o al contrario llevando a practicar cirugías innecesarias.

El Urólogo descarta infección urinaria y abdomen quirúrgico e indica aceptables condiciones generales, no afebril, no abdomen blando, no doloroso, no irritación peritoneal, dolor controlado.

El TAC de abdomen contrastado es ordenado por el doctor Cristhian Alejandro López, pero posteriormente el mismo médico indica que no era para esa paciente.

La Dra. Gaitán da de alta a la paciente el 2 de marzo por la especialidad de cirugía general sin notas de tratamiento a seguir. Posteriormente la doctora Angélica Rocha ordena tratamiento antibiótico para patología de infección vías urinarias

El 4 de marzo de 2017, el doctor Rodrigo Adrián Cabrales, cirujano general, indica diagnósticos interrogados de obstrucción intestinal, neumonía IVU. Acompañante de la paciente refiere verla igual, con mucho dolor y distensión abdominal persistente. Sin vía oral, diuresis+ deposiciones, sonda nasogástrica funcionando con drenaje de apariencia fecaloide, sensación de náuseas concomitante, niega picos febriles, cefálea, alteración del estado de conciencia, dolor precordial, disnea, palpitaciones, sintomatología urinaria, respiratoria o gastrointestinal

El mismo 4 de marzo se traslada a cirugía consciente, orientada, con buen patrón respiratorio, en la nota se informa el proceso quirúrgico; Incisión xifopúbica, disección por planos hasta cavidad. Evacuación de líquido descrito. Severas adherencias de carácter inflamatorio de epiploon a ambos flancos. Obesidad severa. Engrosamiento severo del epiploon. Se identifica apéndice, se liga meosapéndice seda 00 y se realiza transfixión en la base. Lavado con 4 litros de ssn tibia. Secado. Ante imposibilidad por la distensión de asa de cierre primario se aposiciones bolsa de viaflex a fascia prolne 0. Piel abierta empacada.

Para el 13 de abril la historia clínica indica:

1. Shock séptico de origen abdominal resuelto
2. S.D de disfunción multiorgánica en resolución
3. Pop de laparatomía exploratoria + apendicetomía + lavado de cavidad
4. Abdomen laparostomizado
5. Hiponatremia resuelta
6. Hipokatremia en tratamiento

La historia clínica señala que el mismo día a las 11:48 la paciente indica sentirse bien, con deposiciones normales, abdomen blando, no distendido, buenas condiciones generales, cardiopulmonar adecuado, tolerando vía oral, niega picos febriles, emesis, cefalea, alteración de estado de conciencia, dolor precordial, disnea, palpitaciones, sintomatología urinaria, respiratoria o gastrointestinal.

El mismo día a las 23:38 es internada en UCI por insuficiencia respiratoria aguda posterior a episodio de vómitos ¿broncoaspiración?

El diagnóstico de apendicitis sólo se determinó en la intervención quirúrgica, pues según la historia clínica siempre fue dolor abdominal a estudio y en la larga hospitalización de la paciente sobrevinieron diagnósticos adicionales, luego no es cierto que hubo un errado diagnóstico, además que por parte del hospital del Sur hubo diagnósticos iniciales como

colon irritable tratado con medicamentos que probablemente enmascararon los síntomas, adicional a la obesidad tipo II de la paciente aumentando la incidencia de complicaciones. La regla general en responsabilidad médica corresponde a obligaciones de medio y no de resultados, pues el alea y la incertidumbre del resultado siempre está presente, lo que impide garantizar un resultado concreto. En tales casos la parte demandante debe acreditar la falta de diligencia, cuidado o previsión, pues los médicos por antonomasia procuran siempre salvar la vida del paciente, aliviar la enfermedad, restablecer la salud.

La señora Lisnedi fue atendida de manera oportuna, diligente y célere conforme a la *lex artis* y acorde a las condiciones con las que ingresó a la clínica, de tal manera que hecho dañoso no se produjo y por lo tanto, tampoco se encuentra acreditado el nexo causal respecto de los hechos aludidos en la demanda.

Respecto de la decisión del señor Brayan Andrés Gallego Quiguana de renunciar a su trabajo para cuidar a su señora madre, es una decisión propia de él sin que la clínica hubiera tenido injerencia en ella pues para ese momento la paciente presentaba mejoría. Asimismo, debe la parte actora acreditar los hechos de los cuales deriva las pretensiones indemnizatorias sobre perjuicio extra material pretendidos por la joven Yeraldin Alejandra y sobre los préstamos referidos en el libelo.

Se opone en consecuencia a las pretensiones de la demanda y *propone las excepciones de:* Acto médico con pertinencia y cumplimiento de protocolos por parte de la clínica Central del Quindío SAS; Inexistencia del nexo de causalidad (prueba de diligencia y cuidado en la atención médico asistencial por parte del personal médico; obligación de medios y no de resultados en la atención brindada a la paciente; inexistencia de solidaridad entre las codemandadas; excesiva tasación de perjuicios (enriquecimiento sin causa); reparación del daño moral y prescripción de la acción.

Llama en garantía a Allianz compañía de seguros S.A y a la doctora María Helena Gaitán.

LA **PREVISORA S. A** compañía de seguros, llamada en garantía por REDSALUD E.S.E sostiene que, los hechos no le constan. Se opone a las pretensiones de la demanda y en especial a que se declare responsable a su representada, por cuanto en el caso concreto se evidencian múltiples irregularidades que conllevan a la total exoneración de su asegurado RED SALUD ARMENIA E.S.E., tales como la inexistencia de falla en la prestación del servicio médico - atención médica ajustada a la *lex artis*, la ausencia del nexo o vínculo de causalidad y la improcedencia de indemnización por perjuicios inmateriales y materiales.

En este sentido argumenta que, no se puede atribuir la responsabilidad administrativa a la entidad ESE RED DE SALUD DE ARMENIA por el sólo hecho de haber atendido a la paciente la primera vez que consultó el sistema de la red de salud ante un dolor abdominal que en la fase inicial resultaba ser inespecífico, que derivó en la impresión diagnóstica que aparece en las anotaciones de la historia clínica. De hecho, sostiene que, el médico tratante sospechó de una posible apendicitis y ordenó su traslado a una institución de superior nivel, razón aun mayor para desestimar cualquier participación de la entidad en la producción del daño que se demanda.

Propone en relación con la contestación de la demanda las excepciones de: ausencia de nexo causal entre el hecho y el daño objeto de reparación que impide la atribución de la responsabilidad administrativa; prestación del servicio médico como obligación de medio y no de resultado; discrecionalidad científica, acto propio del profesional de la salud.

Respecto del llamamiento en garantía propone: Prescripción extintiva del derecho a reclamar en virtud de la póliza con la cual se llamó en garantía a la compañía; límites de cobertura, amparos básicos de la póliza y sublímites y deducible pactado.

ALLIANZ SEGUROS S.A., llamada en garantía por la CLINICA CENTRAL, sostiene que, los hechos no le constan. Manifiesta que se opone a todas y cada una de las pretensiones de la demanda y en especial a que se declare responsable a su representada, en tanto la parte demandante no logra demostrar la responsabilidad de las demandadas puesto que no hay certeza que la causa eficiente y determinante del daño es atribuible a la Clínica Central. Así, explica que con las historias clínicas se verifica que los actos médicos desarrollados por el personal que trató a la señora Lisnedi Quigüanas Carreño se ajustaron a los protocolos exigidos para este tipo de eventos médicos y obedecieron a los síntomas presentados por la paciente, que precisamente llevaron al equipo médico tratante a concluir el diagnóstico que efectuaron en las diferentes oportunidades, por lo que su labor se desarrolló en debidos términos.

Propone las excepciones de: inexistencia de responsabilidad atribuida a la Clínica Central del Quindío S.A.S. por la falta de acreditación probatoria de los elementos estructurales de la responsabilidad; Cumplimiento a todos los reglamentos, lex artis y prestación del servicio médico asistencial en forma oportuna, perita y diligente; hecho exclusivo y determinante de un tercero; enriquecimiento sin causa. *En relación con el llamamiento en garantía, propone las excepciones de:* inexistencia de cobertura y consecuentemente de obligación indemnizatoria dada la modalidad temporal (claims made) suscrita en la póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales no. 021932799; inexistencia de amparo y consecuentemente de obligación indemnizatoria en tanto no se realizó el riesgo asegurado previsto en la póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales no. 021932799/0; límites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones de la póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales no. 021932799; deducible pactado en la póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales no. 021932799.

La Dra. **MARÍA HELENA GAITÁN BUITRAGO**, llamada en garantía por la CLINICA CENTRAL, sostiene que algunos hechos son ciertos, otros no y otros no le constan. Manifiesta que se opone a todas y cada una de las pretensiones de la demanda y en especial a que se le endilgue responsabilidad alguna por el fallecimiento de la paciente, en tanto la doctora no fue la única médica tratante que tuvo la señora Lisnedi durante su atención médica en la clínica Central del Quindío, sus diagnósticos y tratamientos correspondieron a la lex artis propia de la profesión médica y el deceso de la paciente no guarda ninguna relación con los actos médicos desplegados por la llamada en garantía.

Propone las excepciones de: sujeción al cumplimiento de protocolos; cumplimiento de la lex artis; ausencia de culpa; inexistencia de nexo de causalidad; inimputabilidad del daño; ausencia de culpa grave o dolo.

ALEGATOS.

La parte **demandante**

Señala que, si bien la parte demandada pretende acreditar que la muerte de la señora Lisnedi Quigüanas Carreño obedeció a una neumonía, diagnóstico diferente por el que ingresó, no se puede perder de vista que todo fue consecuencial, pues el error del diagnóstico médico impidió un tratamiento oportuno y adecuado para apendicitis y que se vieran obligados a intervenirla quirúrgicamente por una *peritonitis fecal generalizada*

secundaria a apéndice cecal perforada, lo que generó una hospitalización prolongada agudizándose la situación médica de la paciente al contraer en la misma institución médica una neumonía, deteriorándose de tal manera su salud que finalmente desencadenó en la muerte.

Se pregunta si la patología presentada no era signo de una apendicitis, cuáles acciones se desarrollaron para descartarla y que entonces el diagnóstico no fuera errado. Se enfocaron en el diagnóstico inicial permitiendo que la condición física se deteriorara al punto que cuando actuaron ya no lo hicieron sobre una apendicitis, sino sobre una *peritonitis fecal generalizada secundaria a apéndice cecal perforada*, de la cual nunca se recuperó la paciente.

Tuvieron unas imágenes radiológicas donde se observaba una posible masa en el abdomen que nunca fue aclarado su origen, a pesar de la posibilidad que la paciente tuviera una masa abdominal que podía corresponder a un plastrón apendicular, pero, se quedaron con el diagnóstico inicial a pesar de recalcar que la condición de obesidad de la paciente dificultaba el diagnóstico.

Insiste entonces en que la muerte de la señora Quiguanas Carreño obedeció a una mala praxis médica, pérdida de oportunidad, negligencia, tardía y deficiente prestación del servicio que se materializó en el deterioro de su estado de salud.

De la **demandada Red Salud Armenia**,

Se ratifica en los argumentos de la contestación de demanda. Señala que de la prueba pericial practicada se desprende que la atención prestada a la paciente en dicha entidad fue diligente, acertada y con oportuna remisión a la clínica Central.

Aclara que la paciente nunca tuvo egreso como lo dice la perito, estuvo en el hospital de Red Salud desde que ingresó hasta que fue remitida a la clínica Central.

La analgesia suministrada no enmascaró los síntomas porque el dolor abdominal nunca desapareció durante su estancia en el hospital de Red Salud, por el contrario, el dolor se exacerbó y al evidenciar los resultados de ellos paraclínicos practicados se dispuso la remisión.

Además, como lo indicó en su declaración la doctora María Helena Gaitán, especialista en cirugía, la analgesia no está prohibida en pacientes con dolor abdominal, con lo cual queda disipada cualquier duda de culpa o falla médica por el suministro de analgesia.

Solicita entonces se deniegue las pretensiones de la demanda respecto de esta empresa social y se condene a la parte demandante al pago de costas a su favor.

De la **demandada clínica Central del Quindío**

Se ratifica en los argumentos de contestación de demanda. Argumenta que en el proceso quedó demostrado que la atención médico-hospitalaria suministrada a la señora Quiguanas Carreño en la clínica Central del Quindío estuvo acorde a la *lex artis ad-hoc*, por tanto, no existió falla del servicio.

De acuerdo con las declaraciones de los médicos María Helena Gaitán, Sandra Patricia Barco, Samuel Antonio Grisales y del perito Julian Morales Echeverry, se le practicaron a

la paciente los exámenes diagnósticos y laboratorios acordes a los signos y síntomas; no presentaba irritación peritoneal por lo que se deja en observación; de igual manera se indicó que la analgesia no estaba contraindicada.

El perito Dr. Morales Echeverry, indicó que no existía evidencia clínica que la paciente presentara un abdomen agudo quirúrgico y sólo hasta el 4 de marzo de 2017, la condición clínica de la paciente cambia presnetando signos de obstrucción intestinal, por lo que el doctor Rodolfo Cabrales decide dar manejo quirúrgico, teniendo como hallazgo apendicitis perforada con peritonitis, siendo un caso atípico, pues la paciente durante las valoraciones iniciales no presentó signos ni síntomas de obstrucción intestinal ni de abdomen quirúrgico. Adicionalmente, los médicos que declararon también indicaron que, por los riesgos y complicaciones quirúrgicos, haciendo uso de la evidencia científica y protocolos médicos se busca que haya una indicación clara de cirugía.

La medicina no es una ciencia exacta, por lo que su práctica es de medios y no de resultado, pues éste se encuentra supeditado a factores externos, por lo tanto es una actividad que debe desarrollarse de manera consciente y diligente conforme con la lex artis, tal como se prestó el servicio a la señora Quiguanas donde se actuó con total apego a los protocolos médicos en el cuidado de la paciente, quien presentó un cuadro atípico, con complicaciones propias de la contingencia de salud por la cual se atendió.

No existe evidencia del nexo causal entre el fallecimiento de la paciente y la atención médico asistencial prestada; la paciente fallece por una complicación del procedimiento quirúrgico practicado; los pacientes pueden presentar complicaciones, anomalías o reacciones que no siempre son previsibles y pertenecen a la alea propia de la ciencia médica. La parte demandante no acredita la relación causal entre el daño y la conducta imputada.

Adicionalmente señala que el despacho no debe tener en cuenta la valoración realizada por el perito presentado por la parte demandante, pues la doctora Andrea María Suárez no es cirujana, por lo tanto, no es su especialidad por lo que no puede conocer de fondo si se cumplió o no con los procedimientos médicos respecto del caso, convirtiéndose en una simple apreciación personal.

Solicita se denieguen las pretensiones de la demanda y en caso remoto de que se acceda se haga efectivo el contrato de seguros con Allianz seguros S. A, mediante las pólizas 021932799/022095175/022274422/ de conformidad con los contratos de seguro de Responsabilidad Civil Profesional para Clínicas y Hospitales celebrados entre clínica central del Quindío y Allianz seguros desde 2016 hasta el 2019, que se encontraba vigente para la fecha de los hechos. Lo cual es conocido por la aseguradora.

De la ***llamada en garantía*** doctora María Helena Gaitán Buitrago

Señala que, se encuentra probado en el proceso que la doctora Gaitán atendió a la paciente el 26 de febrero de 2017 a las 12:38 p. m, encontrando abundante panículo adiposo y dolor a la palpación profunda de la fosa iliaca derecha, sin francos signos peritoneales, por lo que se deja en observación con analgesia, retira sonda nasogástrica y solicita radiografía de abdomen.

Tres horas después con los resultados de los exámenes se encuentran signos de hematuria microscópica, lo cual sumado a los síntomas permitió cambiar la presunción diagnóstica a posible urolitiasis, por lo que la misma doctora solicita Urotac y valoración por urología.

El 28 de febrero nuevamente la doctora Gaitán valora a la paciente encontrándola en buenas condiciones sin signos francos de irritación peritoneal que condicionara un abdomen quirúrgico. El Urotac aún no tenía lectura por urología y aunque se apreciaba una masa retrovesical y se sospechaba de un plastrón versus un mioma, era una situación que debía ser aclarada por el radiólogo para definir diagnóstico.

El 7 de marzo de nuevo es valorada por la doctora Gaitán pues no tenía programados más turnos desde el 28 de febrero.

El diagnóstico de apendicitis se dio de manera intraoperatoria, el 4 de marzo de 2017 en la intervención quirúrgica realizada por el doctor Rodolfo Adrián Cabrales Vega y a la cual ingresó con diagnóstico presuntivo de obstrucción intestinal.

La paciente presentó entonces un cuadro clínico bizarro o atípico al no presentar al examen físico un abdomen agudo; sólo en el procedimiento de laparotomía exploratoria se estableció el diagnóstico de apendicitis.

El suministro de analgesia dispuesto por la doctora Gaitán, quedó claro con el dictamen pericial del doctor Morales y las declaraciones de los médicos Grisales y Barco que el mismo en caso de dolor abdominal está permitido para tratar el dolor del paciente, pero no altera los síntomas cuando presentan un proceso de apendicitis, estos continúan.

La doctora Gaitán nunca dio de alta a la paciente, por el contrario, la dejó en observación para establecer diagnóstico y conducta a seguir.

A la paciente se le realizaron varios exámenes diagnósticos además de laboratorios, el Urotac que no tenía lectura de urología, pero permitió apreciarla presencia de una masa retrovesical y sospechar la presencia de un plastrón versus mioma, lo que debía ser aclarado por el médico radiólogo.

El perito, Dr. Morales y los médicos que declararon manifestaron que el manejo dado a la paciente fue adecuado. La paciente presentó un cuadro bizarro y sólo hasta el 4 de marzo el Dr. Cabrales dispone el procedimiento de laparotomía exploratoria, que sólo se realiza cuando no se tiene certeza del diagnóstico y precisamente fue a través de ese procedimiento que se estableció el diagnóstico de apendicitis al cual se le dio el manejo debido al igual que al proceso de sepsis el cual fue superado de manera satisfactoria; de igual manera se trató de manera adecuada en la UCI la posterior neumonía presentada por la cual falleció debido a las comorbilidades que presentaba, entre ellas la obesidad. En consecuencia, el fallecimiento no se produjo por las atenciones médicas.

Respecto de los perjuicios; sobre los morales señala que no quedaron debidamente acreditados y las cuantías pretendidas superan los topes establecidos por la jurisdicción contencioso administrativa cuando son acreditados en el proceso. Respecto de los materiales en la modalidad de *daño emergente* son gastos realizados por la parte demandante por voluntad propia que no puede trasladarse a al extremo pasivo de la litis. Y en la modalidad de *lucro cesante*, no fueron acreditados en el proceso. Los denominados *daño a la salud y a la vida de relación*, indica que no se reconocen en la jurisdicción contenciosa administrativa.

En síntesis, señala que no se probaron los presupuestos que acredite responsabilidad por el acto médico de la médica llamada en garantía, pues actuó oportunamente y conforme con la *lex artis*.

De la ***llamada en garantía la Previsora S. A compañía de seguros***

Reitera los argumentos de demanda respecto de la inexistencia de los elementos de responsabilidad patrimonial en lo que atañe a *Red Salud Armenia*, donde se prestó una atención inicial adecuada a la patología padecida y oportunamente se remitió a la clínica Central con un diagnóstico posible de apendicitis.

Respecto de los perjuicios indica que, los rubros pretendidos no se corresponden con el acervo factico y probatorio desconociendo las pautas del Consejo de Estado sobre la materia, pero más allá de esta consideración, en una eventual efectividad de la póliza que regula la relación con la cual se vinculó a la aseguradora, se advierte una ausencia de cobertura conforme a la modalidad pactada.

De la ***llamada en garantía Allianz seguros S.A.***

Realiza un resumen del caso, incluido la historia clínica de la señora Quiguanás para concluir que a la paciente se le prestó toda la atención médico-hospitalaria debida, por lo tanto, el fallecimiento no se determinó por la referida atención, ocurrió porque la paciente se agravó, repite, a pesar de los adecuados protocolos y procedimientos médicos inferidos.

Resiente del dictamen rendido por la doctora Andrea María Suárez porque no es médica cirujana pues es especialista en dermatología, por lo que sus dichos se encuentran desprovistos de respaldo técnico que permita afirmar con probabilidad de verdad que conduzca a la responsabilidad de las demandadas.

En tanto que considera convincente lo manifestado por el perito, doctor Julián Morales Echeverry, quien indicó que la paciente presentó una sintomatología atípica, sumado a su condición de base como la obesidad y el hipotiroidismo. El actuar médico estuvo acorde a la *lex artis*, siendo diligente las valoraciones médicas durante los días que permaneció en la clínica Central del Quindío, pues en las atenciones del 26 y 27 de febrero de 2017 la paciente no presentaba síntomas de obstrucción intestinal, ni abdomen agudo quirúrgico, situaciones que sólo pudieron ser detectadas cuando se presentó el procedimiento quirúrgico donde se encontró apendicitis perforada con peritonitis.

Respecto de la responsabilidad derivada de la póliza de responsabilidad civil profesional clínicas y hospitales, expedida por Allianz seguros S. A.

La póliza citada opera bajo la modalidad *claims made* lo cual implica que los hechos que revistan responsabilidad deben ser reclamados dentro de la vigencia del contrato de seguro, y en el caso concreto la misma se enmarca entre el 20/05/2016 y el 19/05/2027(sic), y la primera reclamación se presentó el 11 de diciembre de 2018 con ocasión de la audiencia de conciliación prejudicial cuya radicación se produjo el 12 de octubre del mismo año. En conclusión, dicha póliza no tiene cobertura temporal.

Sobre la *prueba testimonial* vertida en el proceso, señala que el testigo *Leonel Castro Tolosa* no fue preciso en sus dichos, tanto que no recordó el nombre de los hijos de la señora Quiguanas ni sobre las labores desempeñadas por ella que le generaran algún tipo de ingreso. Los testimonios de *Tulio Cesar Varón* y *Diana Janeth Orozco* son de limitada credibilidad por cuanto eran cuñados de la señora Quiguanas.

Respecto de los *interrogatorios de los demandantes*, estima que no son precisos sobre algunos hechos relacionados con la actividad económica que realizaba la señora Quiguanas y sobre las enfermedades y síntomas que presentó la misma

En cuanto a las declaraciones de *Miguel Esteban Wandurraga López; María Helena Gaitán Buitrago; Sandra Patricia Barco Alzate; Samuel Antonio Grisales Londoño*, quienes atendieron a la paciente, señala que de ellos se desprende que el diagnóstico y atención a la paciente fue adecuado y la causa del deceso no se encuentra ligado al procedimiento llevado a cabo para la peritonitis.

Concluye que la parte demandante no acreditó el daño antijurídico alegado, en consecuencia, debe declararse probadas las excepciones propuestas.

El **Ministerio Público** guardó silencio.

TRÁMITE PROCESAL.

Se siguió el indicado en la L. 1437 de 2011.

CONSIDERACIONES

PROBLEMAS JURÍDICOS:

Los problemas jurídicos se contraen a establecer:

1. Si se configuró una falla médica hospitalaria en la atención prestada por las demandadas o de alguna de ellas por error en la praxis médica, o por omisión o negligencia en el servicio, o error en el diagnóstico de la señora Lisnedi Quiguanas Carreño, que conllevara a su fallecimiento y si se acreditan los perjuicios derivados de la misma.

En caso de una respuesta positiva al interrogante anterior, si las llamadas en garantía deben responder conforme a la relación contractual existente.

DEL RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD

i) El daño antijurídico en la prestación del servicio médico hospitalario. Régimen de responsabilidad.

Señala el artículo 90 constitucional que el Estado responderá patrimonialmente por los daños antijurídicos que le sean imputables, causados por la acción o la omisión de las autoridades públicas. Esta responsabilidad del Estado se materializa cuando quien sufre un daño no tenía el deber jurídico de soportarlo. Siendo ello así, tratándose de servicio médico hospitalario, el daño se torna antijurídico cuando el paciente sufre un daño atribuible a una conducta activa o pasiva del personal médico asistencial o de carácter institucional.

En la actualidad para establecer la existencia del daño antijurídico en la prestación del servicio médico hospitalario, se aplica el régimen de imputación de responsabilidad subjetiva de falla probada del servicio, es decir, la falla no se presume, debe acreditarse. Al respecto la jurisprudencia del Consejo de Estado indica:

“ ...

RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO - Falla del servicio / FALLA DEL SERVICIO - Título jurídico de imputación subjetiva / RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL DEL ESTADO – Elementos.

Finalmente, en cuanto tiene que ver con los elementos cuya acreditación resulta necesaria en el expediente para que proceda declarar la responsabilidad del Estado con base en el título jurídico —subjetivo— de imputación consistente en la falla en el servicio, la jurisprudencia de esta Corporación ha sido reiterada y uniforme en el sentido de señalar que se precisa de la concurrencia de (i) un daño o lesión de naturaleza patrimonial o extrapatrimonial, cierto y determinado —o determinable—, que se inflinge a uno o varios individuos; (ii) una conducta activa u omisiva, jurídicamente imputable a una autoridad pública, con la cual se incumplen o desconocen las obligaciones a cargo de la autoridad respectiva, por haberle sido atribuidas las correspondientes funciones en las normas constitucionales, legales y/o reglamentarias en las cuales se especifique el contenido obligacional que a la mencionada autoridad se le encomienda y (iii) una relación o nexo de causalidad entre ésta y aquél, vale decir, que el daño se produzca como consecuencia directa de la circunstancia consistente en que el servicio o la función pública de la cual se trate, no funcionó o lo hizo de manera irregular, ineficiente o tardía...”¹

RESPONSABILIDAD POR LA PRESTACION DEL SERVICIO MEDICO HOSPITALARIO - Acreditación del daño, la falla en la prestación del servicio y la relación de causalidad / RESPONSABILIDAD POR LA PRESTACION DEL SERVICIO MEDICO HOSPITALARIO - Medios probatorios. Prueba indiciaria

En relación con la responsabilidad del Estado por la prestación del servicio médico de salud, corresponde a la parte actora acreditar los supuestos de hecho que estructuran los fundamentos de la misma; es decir, debe demostrar el daño, la falla en la prestación del servicio médico hospitalario y la relación de causalidad entre estos dos elementos, para lo cual puede valerse de todos los medios probatorios legalmente aceptados, entre los cuales cobra particular importancia la prueba indiciaria que pueda construirse con fundamento en las demás pruebas que obren en el proceso, en especial para la demostración del nexo causal entre la actividad médica y el daño ocasionado, ya que sin la concurrencia de estos elementos, no se logra estructurar la responsabilidad administrativa. ...”²

Ahora bien, atendiendo lo señalado en el precepto constitucional, es claro que el primer elemento de responsabilidad que debe abordarse es el daño, y si este es antijurídico esto es, si vulnera derechos jurídicamente protegidos, en cuyo caso habrá de establecerse el nexo causal del daño con el servicio y, finalmente si es indemnizable.

Conforme a lo dicho, para que exista obligación reparadora del Estado, se requiere de la concurrencia de los siguientes elementos propios de cualquier régimen de responsabilidad: 1). Una acción u omisión por parte de la administración; 2). Un daño que es la lesión a un bien jurídicamente tutelado y que debe ser cierto, determinado o determinable; y 3) El nexo causal denominado también relación de imputación entre los dos elementos enumerados anteriormente, es decir, que la causa de dicho daño sea imputable a la acción u omisión mencionada.

Para abordar el análisis de cada uno de tales elementos, se estudiarán las pruebas que lleven a determinar los hechos probados y, en consecuencia, responder los problemas planteados.

PRUEBAS Y HECHOS PROBADOS

Sobre **derecho de postulación**, se observa acreditado con los poderes obrantes en los folios **23 a 30** del archivo DemandaAnexos OneDrive

¹ CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION A Consejero ponente: MAURICIO FAJARDO GOMEZ Bogotá, D.C., febrero nueve (09) de dos mil once (2011) Radicación número: 73001-23-31-000-1998-00298-01(18793)

² CONSEJO DE ESTADO SALA DE LO CONTENCIOSO ADMINISTRATIVO SECCION TERCERA SUBSECCION A Consejero ponente: CARLOS ALBERTO ZAMBRANO BARRERA Bogotá, D.C., veintisiete (27) de marzo de dos mil catorce (2014) Radicación número: 68001-23-15-000-2003-01725-01(35420)

La **legitimación por activa** se evidencia probada con los registros civiles de nacimiento vistos a folios **31 a 49** del archivo ídem, de la señora Lisnedi Quiguanás Carreño donde se indica que es hija de María Carreño;

Los registros civiles de nacimiento de Brayan Andrés, Kevin Felipe y Geraldin Alejandra Gallego Quiguanás donde se informa que son hijos de la señora Lisnedi Quiguanás Carreño;

Registro civil de nacimiento de Liz Alejandra Gallego Quiñonez donde se establece que es hija de Kevin Felipe Gallego Quiguanás, es decir, nieta de la señora Lisnedi.

Registro civil de nacimiento de Marcela Ofir Quiguanás Carreño donde se indica que es hija de María Carreño y por ende hermana de la señora Lisnedi.

Sobre los **hechos y pretensiones**:

Historia clínica de la señora Lisnedi Quiguanas Carreño:

De la atención surtida en **RED SALUD ARMENIA - HOSPITAL DEL SUR-**. Vista en el archivo 01DemandaAnexos, OneDrive, folios **50 a 56**, de la cual se desprende que:

El día 26, de febrero de 2017:

A las 4:56 a. m, la señora Lisnedi Quiguanas Carreño ingresó a urgencias del hospital del Sur de Red Salud Armenia, Q, donde es atendida por el Dr. Miguel Esteban Wandurraga, quien indica que es paciente de 44 años con cuadro clínico de 12 horas de evolución, dolor tipo cólico a nivel del Epi y Mesogastro asociado a distensión abdominal. Sin mejoría por lo que consulta. Niega otra sintomatología. Con antecedentes médicos de colon irritable. Consciente, alerta, afebril, hidratada. Se diagnostica colon irritable sin diarrea. Plan de manejo: Dipirona. Hioscina N-Butil Bromuro 20 mg una sola dosis. N-Butil Bromuro Hiosina 10 mg tomar 1 cada 6 horas. Acetaminfén. Cloruro de sodio. Bolo. Da de alta con mejoría y formulación.

7:45 a. m, es atendida por el doctor Rafael Alberto Cabeza, quien indica que la paciente tiene dolor persistente asociado a nauseas, emesis en 4 ocasiones de contenido bilioso, sin diarrea. Señala que tenía salida por mejora del dolor, pero se reagudizó. Buenas condiciones generales, ... abdomen blando, depresible doloroso a la palpación generalizada, sin signos de abdomen agudo peristalsis positiva. Sin signos de irritación peritoneal... Se toma paraclínicos. Se coloca cloruro de sodio. Hemograma y uroanálisis.

12:25 p. m es revalorada por el mismo médico el mismo día, cuadro de evolución de 18 horas, consigna pupilas normales, mucosas húmedas, cuello móvil, tórax simétricoexpansible, ritmos cardíacos rítmicos, sin soplo murmullo vesicular aparente en ambos campos pulmonares, abdomen blando depresible doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, bloomer positivo peristalsis positiva, sin signos de irritación peritoneal, ... Interpreta los paraclínicos normales y analiza "*paciente con cuadro de dolor abdominal sugestivo de apendicitis aguda considero iniciar manejo médico con líquidos ranitidina solicito valoración por cirugía general*" Hace una descripción de otros dolores abdominales y los no especificados

Además, se puede evidenciar toda la historia clínica de la señora Lisnedi que reposa en esta institución en los folios 24 a 74 del archivo 05Contestación DdaRedSalud.

De la atención surtida en la **CLÍNICA CENTRAL DEL QUINDÍO**. Vista en los folios **56 a 75** archivo ídem.

Se efectuará transcripciones relevantes, las demás atenciones corresponden a notas de enfermería sobre toma de signos vitales, órdenes de laboratorio, fórmulas médicas o anotaciones y evoluciones médicas reiterativas de anteriores.

En este punto, es preciso indicar que la historia clínica anexa a la demanda se encuentra incompleta, por lo tanto, habrá de analizarse desde los anexos aportados por la referida

clínica, vistos en el cuaderno principal, **carpeta Contestación Demanda Clínica, archivo LISNEDI.pdf:**

El mismo 26 de febrero de 2017:

A las 12:35:30 ingresa a la clínica Central del Quindío.

Se realiza el Triage donde se indica que es remitida del hospital del Sur con DX de apendicitis. Por cuadro de 18 horas de evolución de dolor abdominal tipo cólico localizado en hipogastrio no irradiado, asociado a emesis en 5 ocasiones, último episodio antes de la puesta de sonda nasogástrica, no fiebre ni diarrea, en hospital del Sur toman hemograma, refieren leucocitosis, neutrofilia, resto parámetros normales. Paciente niega sintomatología irritativa urinaria.

El examen físico señala buenas condiciones generales, consciente, alerta, afebril, sin signos de dificultad respiratoria, con sonda nasogástrica, ..., abdomen blando depresible, dolor a la palpación profunda de hipogastrio, blumber negativo... sin signos de irritación peritoneal, ...Glas Glow 15/15. Diagnóstico, dolor abdominal localizado en parte superior. Indica que recibió manejo analgésico en primer nivel cuadro pudiese estar enmascarado por eso al examen físico, se deja en observación, paraclínicos, valoración por CX general, nada vía oral. Evolución realizada por el doctor Cristian Alejandro López, a las 12:51:55.

13:31:52 **es valorada por la cirujana general, Dra. María Helena Gaitán B.**, quien consigna las mismas observaciones realizadas en párrafos anteriores.

14:48:47 **nuevamente la Dra. Gaitán la atiende** e indica abdomen con abundante panículo adiposo, blando, con dolor a la palpación profunda de fosa iliaca derecha sin signos peritoneales francos. Se deja en observación, con líquidos, sin analgesia, se dispone retirar la sonda **y realizar RX de abdomen.**

A las 16:35:31 nota de enfermería con anotaciones similares: consciente, alerta, orientada, dolor abdominal, **buen patrón respiratorio, ...**

A las 16:46:21 es valorada por médica general, deja notas similares a las anteriores, pero con duda respecto de signos de irritación peritoneal "¿?", ... En el análisis indica que se descarta por cirugía general abdomen agudo quirúrgico, pero deja en observación con lev, ... y RX de abdomen. Los paraclínicos muestran entre otros el parcial de orina sangre +++, nitritos negativo, bacterias ++, células epiteliales +++, moco +. Establece plan de manejo e indica que queda pendiente de nueva valoración por cirugía general.

A las 16:53:01 otra nota de enfermería, consigna medicación y órdenes de imágenes diagnósticas (radiografía de abdomen simple).

A las 18:03:27 nota de enfermería indicando la fórmula médica y órdenes de imágenes diagnósticas: 1 (Urotac) tomografía axial computarizada de vías urinarias; 1 Urotac y órdenes de laboratorio.

18:03:27 la doctora Gaitán Buitrago revisa la evolución de la paciente y consigna que continúa dolor en fosa iliaca derecha, ha tenido vómito hialino. Abdomen blando, no hay francos signos peritoneales, con leucocitosis, con hematuria. Paciente con posible Urolitiasis. Se consigna el plan de manejo: Analgesia, Urotac, valoración por urología, hidratación

A las 19:21:14 otra nota de enfermería donde persiste el dolor, alerta, orientada, afebril, **con buen patrón respiratorio, ...**

19:45:49 se registra toma de signos vitales.

21:45:04 ... continua pendiente de revaloración por cirugía, valoración por urología y realizar Urotac.

23:14:19 valorada por médica general, descripción similar a las anteriores, pero indica que ha aumentado la leucocitosis en comparación con al de Red Salud; destaca la importancia de valoración por Urología. **Pendiente Urotac, RX de abdomen simple. Fórmula.**

El 27 de febrero:

A las 05:49:05 toma de signos vitales. Nota de enfermería similar a las anteriores. Pendiente autorizar Urotac y valoración por urología.

08:19:12, nota de enfermería. Continúa pendiente valoración por Urología con reporte de Urotac.

12:26:18, el médico Urólogo hace anotaciones similares sobre condiciones generales aceptables, afebril, abdomen blando, no doloroso, no irritación peritoneal. Microhematuria no sugiere IVU. Urotac: Riñones normales. No se observan litos. No hidronefrosis. Sospecha de urolitiasis ("?").

13:22:06 nota de enfermería con descripción de condiciones generales similares a las anteriores. El Urólogo ordena iniciar dieta y revalorar.

13:44:32 toma de signos vitales.

16:27:02 nota de enfermería similares condiciones. Se inicia tolerancia vía oral. Pendiente revaloración por Urología. Abdomen se observa globoso.

20:06:58 toma de signos vitales y nota de enfermería similar.

El 28 de febrero:

A la 01:39:48 valorada por medicina general. Condiciones similares a las descritas anteriormente., continúa en observación con dieta, y “ver evolución del dolor para definir salida”

06: 16:52 notas de enfermería similar a la anterior y toma de signos vitales.

12:54:00 notas de enfermería similares a las anteriores.

13:18:38 evolución por la médico cirujana, doctora Gaitán Buitrago. Señala que la paciente había sido dada de alta con sospecha de urolitiasis por las características del dolor y la hematuria. Se realizó Urotac que **aún no tiene lectura**. La paciente refiere mejoría, pero persistencia del dolor abdominal. Refiere: Abdomen distendido, blando, con dolor en fosa iliaca derecha, sin signos peritoneales, “observo en el Urotac una masa por detrás de la vejiga que la rechaza, pero no me queda claro si se trata de un plastrón o un mioma, pendiente lectura oficial”. Leucos 19000

13:45:24 médico general consigna en notas de evolución condiciones generales similares. Refiere lo indicado por la doctora Gaitán, **sigue pendiente el reporte del Urotac, solicita tac de abdomen contrastado. Órdenes imágenes diagnósticas: Tomografía Axial computada de abdomen y pelvis (abdomen total), Tac de abdomen con contraste.**

14:12:48 el mismo médico general en notas de evolución **señala que la orden de tac de abdomen contrastado no pertenece a esta paciente**

14:46:12 nota de enfermería similar a anteriores. Paciente utiliza pañal por presentar diarrea.

19:26:39 nota de enfermería similar a la referida anteriormente.

22:30:37 nota enfermería similar a las anteriores.

1 de marzo

A las 23:51:15 el Urólogo señala dolor abdominal en estudio, micción espontánea, sin hematuria. **Pendiente lectura de Urotac.** Igual manejo.

7:55:45 nota de evolución por médico general, indica paciente con mejoría, el urólogo indica estar a la espera de la lectura del Urotac para nueva valoración. Continúa siendo valorada por Qx general y urología.

A las 12:35:16 nota de enfermería que indica que la paciente en la mañana pasa **adinámica, pálida, algica, ... buen patrón respiratorio, ...**

....

2 de marzo

02:06:28 nota de enfermería, se encuentra algica, dolor abdominal con episodios eméticos de características biliosas abundante cantidad se le informa al médico de turno quien ordena paso de sonda nasogástrica a libre drenaje, con buen patrón respiratorio, signos vitales estables, sin complicaciones pendientes, revalorar por cirugía general con reporte de Urotac.

03:18:34 evolución medicina general, refiere buenas condiciones generales. Abdomen globoso, leve distención baldo depresible sin signos de irritación peritoneal, leve dolor a la palpación profunda de flanco derecho y fid, blomber negativo, peristaltismo presente, ... cuadro clínico de 4 días de evolución con dolor abdominal en fid intermitente hosvital. ... deposiciones líquidas, emesis se considera cuadro de diarrea disintérica, pendiente lectura de Urotac, se solicita paraclínicos de control.

07:33:13 nota de enfermería similar a anteriores., **pendiente** revisión por cirugía general con lectura de Urotac.

11:15:14 evolución por medicina general. Similar anteriores, aún sin signos de irritación peritoneal, leve dolor a la palpación profunda en marco cólico no masas palpables. Reporte Urotac: De características normales. Pendiente nueva valoración por Urología.

17:06:31 evolución medicina general. Anotaciones similares a anteriores. ... la PCR siempre ha estado alta. ... Plan y manejo: **Salida.** Órdenes de laboratorio y fórmula médica.

17:30:00 nota de enfermería señala que **el médico de turno le dio salida** por mejoría clínica con fórmula médica, órdenes de laboratorio, control en 4 días.

3 de marzo

00:56:25 evolución medicina general. Paciente **reconsulta** al parecer cuadro sugestivo de irritación gástrica por toma de ciprofloxacina con posterior emesis en 4 ocasiones de contenido alimentario inicialmente, posteriormente biliosos. Sin signos de dificultad respiratoria, condiciones generales normales. plan y manejo, fórmula médica

08:57:18 nota de enfermería indica ingreso a urgencias, condiciones generales similares a otras descripciones anteriores, con dolor en epigastrio y mesogastrio, emesis de contenido bilioso, adinámica, pálida, álgica. Se continúa vigilando. Pendiente definir conducta

09:08:57 nota de enfermería. Valorada por médico de turno **decide dar de alta** por mejoría clínica.

18:07:22 Triage. Distensión abdominal disnea. Toma de signos vitales.

18:47:15 valoración cirugía general y medicina general. Señala: paciente **reconsulta** en tercera oportunidad por cuadro de dolor abdominal y distensión, refiere que no ha realizado deposición desde hace 2 días, pero no ha tenido vómito, con gran distensión abdominal, **el dolor es muy fuerte y no logra soportarlo**. ... **paciente con evolución muy tórpida, no responde a los manejos médicos ambulatorios, se deja en observación para manejo del dolor y valoración por cirugía general. Se considera toma de Rx de abdomen vertical. Sonda nasogástrica.**

19:47:25 nota de enfermería. Resume el informe anterior. Continúa pendiente valoración por cirugía.

19:48:50 evolución por cirugía general. Cuadro clínico de 6 días de evolución, distensión abdominal, emesis, dolor de predominio en hemiabdomen inferior, deposiciones diarreicas, ... **valorada durante esta semana por uroanálisis patológico y solicitan Urotac (no hay imágenes para valorar)**. ... Plan Manejo: Hospitalizar, se indica RX abdomen de pie, laboratorios, se solicita tac abdominal contrastada. Medicación.

...

21:41:27 evolución medicina general. Se indica la hospitalización dispuesta por cirugía general... **pendiente tac abdominal contrastada**.

21:44:42 nota de enfermería similar a anteriores.

22:46:22 órdenes de laboratorio.

23:23:31 nota de enfermería similar anteriores. ... se entrega historia clínica completa, Kardex al día, insumo preparación tac contrastado O.K con código de autorización. Reporte RX abdomen.

4 de marzo

00:37:46 evolución medicina general. Realiza resumen. Paciente regulares condiciones generales, pálida, diaforetica, mucosas rosadas secas, pupilas isocoricas normorectivas a la luz, escleras anictéricas, torax normoexpansible, ... abdomen con distensión severa, con dolor a la palpación hipocondrio derecho y epigastrio, sin signo de irritación peritoneal. ... GCS 15/15. Análisis: hosvital, cursa cuadro compatible con obstrucción intestinal. Con RX de abdomen con niveles hidroaéreos, se comenta con doctora Barco quien considera no quirúrgica en el momento. Con paraclínicos con leucocitosis severa, en descenso neutrofilia, zoados aumentados por lo que se considera tac simple, se considera que se encuentra deshidratada, a su vez con estertores bilaterales a su vez desaturada, se considera puede cursar con neumonía y con po patológico con leucocituria y nitritos positivos, se considera cursa con un IVU, se solicita urocultivo con sonda, RX de torax, paraclínicos de control para mañana, se inicia manejo antibiótico, oxígeno por canal nasal. Hipertensa... se da analgesia. Ordenes de imágenes diagnósticas: Radiografía de tórax (PAO APY lateral decúbito, laterales oblicuas o lateral con bario); tomografía axial computada de abdomen y pelvis (abdomen total).

00:49:28 nota de enfermería similar anteriores. ... con dificultad respiratoria.

02:26:18 nota de enfermería similar anteriores. ... tiene pendiente toma de tac contrastado el cual es suspendido por orden médica ya que hay alteración de azoados, toma de muestra para urocultivo, **se toma RX de tórax y tac de abdomen simple**, ... se realiza comunicación telefónica con cirugía general de turno para comentar paciente ante la posibilidad de manejo quirúrgico.

...

09:36:30 evolución cirugía general (Dr. Rodolfo Adrián Cabrales Vega) ... Análisi: Considero cursa con **obstrucción intestinal de origen mecánico a determinar**. Plan manejo... procedimientos quirúrgicos. Conclusiones: Cirugía realizada.

10:11:26 evolución medicina general, paciente en regulares condiciones generales, afebril, hidratada con leves signos de dificultad respiratoria. normocéfala, ..., tórax normoexpansible sin tirajes, ..., campos pulmonares con murmullo vesicular rudo con estertores bilaterales, abdomen severamente distendido, doloroso a la palpación generalizada, no signos de irritación peritoneal, peristalsis -. ... Análisis: paciente con diagnósticos anotados, en regulares condiciones generales, quien es valorada por cirujano de turno, ordenando pasar a cirugía para laparotomía exploratoria reservando cama en Uci, tras evidenciar severa distensión por probable obstrucción intestinal con etiología a determinar. A espera de llamado de quirófano. Plan y manejo: ... **pendiente reporte Tac de abdomen simple. Pendiente Urocultivo. A espera de llamado de quirófano para laparatomía exploratoria**. ...

10:16:17 nota de enfermería. Se traslada paciente a servicio de cirugía.

10:27:28 toma de signos vitales.

10:53:38 nota de enfermería. Pasa a sala de cirugía.

10:53:54 órdenes de laboratorio (gases arteriales (en reposo o en ejercicio)
 11:22:50 gases arteriales (en reposo o en ejercicio) fio2 100%, hb 11, t°37°c11:28:32 estudio de coloración básica en biopsia.
 Apéndice
 11:58:14 descripción cirugía. Abdomen agudo. Apendicitis aguda con peritonitis generalizada. Tipo de herida: Contaminada. incisión xifopubica, disección por planos hasta cavidad, evacuación de líquido descrito. Severas adherencias de carácter inflamatorio de epiplón a ambos flancos, obesidad severa, engrosamiento severo del epiplón, se identifica apéndice, se liga meosapendice seda00 y se realiza transfixión en la base, ... lavado con 4 l de ssn tibia, secado, ante imposibilidad por la distensión de asas de cierre primario se aposiciona bolsa de viaflex a fascia prole 0. piel abierta empacada.
 12:23:34 nota de enfermería. Refiere acto quirúrgico.
 13:06:24 evolución medicina crítica y cuidado intensivo.
 ...
 20:17:21 nota de enfermería. Paciente hemodinámicamente inestable, con tensión arterial baja quien no responde a volumen, en taquicardia sinusal, paciente febril, por orden médica se realiza procedimiento para paso de línea arterial, se realiza asepsia y antisepsia en MSD, se asiste para paso de línea, tres punciones la tercera es exitosa, paciente con pulso débil, fusiforme. Se utilizan dos transductores pues el primero sale defectuoso el cual se encontraba conectado a medición de PVC pero al momento de desconectar de catéter central con debida técnica estéril, no se logra desconectar transductor de llave de tres vías. Se conecta a monitoria observándose adecuada curva.
 ...
 20:51:49 evolución medicina crítica y cuidado intensivo. Diagnósticos: * Choque séptico de origen abdominal. * Síndrome de disfunción orgánica múltiple (Renal-Pulmonar-Hemodinámico) APACHE II 16 Mortalidad 23,5% -
 SOFA: 10. * POP inmediato laparotomía exploratoria + apendicetomía + lavado cavidad + laparotomía (04/03/2017). * Peritonitis generalizada por apéndice cecal perforada. * Injuria renal aguda AKIN II. ... Análisis: Paciente críticamente enfermo, con evolución clínica estacionaria, debutando con choque séptico de origen abdominal por peritonitis secundaria, en el momento estabilizado hemodinámicamente con soporte presor con norepinefrina a dosis intermedias, lactato elevado levemente, sin embargo sin con acidosis metabólica y anuria, en curso de injuria renal aguda se suspenden fármacos nefrotóxicos, se incrementa volumen, se prevé alta posibilidad de necrosis tubular aguda, según evolución valoración por nefrología, paciente con pronóstico muy reservado, se escalono a carbapénemo considerando su VD en estado de choque y efectividad para peritonitis secundaria.
 ...

5 de marzo

...
 11:48:59 evolución medicina crítica y cuidado intensivo. Paciente femenina de 44 años, críticamente enferma por choque séptico secundario a peritonitis fecal por apendicitis perforada; en el momento con requerimiento de soporte vasopresor, soporte ventilatorio, con alteración de la función renal, anúrica, acidosis metabólica hiperlactatemia; se beneficia de monitoría hemodinámica con sistema VolumView que proporciona parámetros volumétricos y hemodinámicos (GC, VS, RVS y VVS), valiosos para la toma de decisiones en este caso, con este fin debe permanecer bajo sedación para que dichos parámetros sean confiables, la sedación adecuada no se ha logrado con infusión de fentanyl, cual hace necesaria iniciar infusión de propofol, que tiene menor riesgo de delirium y menor impacto hemodinámico que otros fármacos tipo benzodiacepinas.
 ...
 14:06:16 nota de enfermería. recibo paciente en unidad, rass 0 con soporte de oxígeno por tubo orotraqueal conectado a ventilación mecánica en modo asistido ...
 ...
 14:54:36 evaluación medicina crítica y cuidado intensivo. Paciente femenina de 44 años, críticamente enferma por choque séptico secundario a peritonitis fecal por apendicitis perforada; en el momento con requerimiento de soporte vasopresor con noradrenalina a dosis intermedia, soporte ventilatorio en modo controlado, con alteración de la función renal, anúrica, acidosis metabólica y leve hiperlactatemia; ...
 ...
 22:51:48 evaluación medicina crítica y cuidado intensivo. Paciente críticamente enferma, **sepsis de origen abdominal**, peritonitis por apéndice perforada... Plan de manejo y órdenes de laboratorio.
 22:52:17 nota de enfermería. Paciente en la unidad, la cual se encuentra con Rass -2, pupilas isocóricas normo reactivas a las luz, soporte nutricional por sonda orogástrica, soporte respiratorio por tubo orotraqueal, acoplada a la ventilación mecánica en modo AC, FR: 11X1', SPO2: 97%, Diagnósticos: POP laparostomia exploratoria + apendicetomía + lavado cavidad + laparostomia (04/03/2017), Síndrome de disfunción orgánica múltiple (Renal-Pulmonar-hemodinámico) APACHE II 16 Mortalidad 23,5%, SOFA: 10, Choque séptico de origen abdominal, Peritonitis generalizada por apéndice cecal perforada, Injuria renal aguda AKIN II, ...

6 de marzo

06:32:51 evolución médica terapia respiratoria
 06:35:19 nota de enfermería.
 08:31:50 nota de enfermería.
 09:06:02 evolución médica. Nutrición. Paciente con peritonitis, perforada, shock séptico, pop laparatomía, bajo ventilación mecánica que requiere iniciar soporte nutricional enteral con formula semi-elemental para cubrir requerimiento de macro y micro nutriente diario.
 ...
 10:40:00 evolución medicina crítica y cuidado intensivo. Análisis: Paciente en estado crítico con evolución clínica estacionaria, en choque de origen distributivo en plan de reanimación aun con patrón de monitoreo invasivo con IRVS bajas y GC normal,

se considera aun déficit de volumen sin embargo con balance acumulado alto por lo cual se realizará prueba de elevación pasiva de

las piernas y evaluar si es respondedor al volumen o no para evitar sobrecarga hídrica considerando sus efectos adversos.

Paciente con disfunción multiorgánica con necrosis tubular aguda, ahora en AKIN 3, fue valorada por nefrología quien considera iniciar terapia de reemplazo renal previa corrección de hipokalemia.

En el momento con expresión de respuesta inflamatoria, en manejo con carbapenemo el cual se ajusta a función renal con reporte de hemocultivos definiremos manejo.

Paciente con pronóstico muy reservado alto riesgo de complicaciones incluidas la muerte.

11:30:34 evolución médica Nefrología. Paciente con injuria renal aguda AKIN III, diuresis las últimas 2 horas 200 ml. Con hipokalemia, se sugiere inicio de reposición de potasio l ...

...

20:39:22 nota enfermería. ... en la tarde se le realizan cambios de posición cuidados con piel **se observa con edema generalizado**, ...

...

7 de marzo

01:13:53 evaluación medicina crítica y cuidado intensivo. Paciente con evolución clínica estable en general, normoperfundida, no congestiva, con vasopresor en destete, mejoría en el gasto cardiaco.

...

08:10:24 nota de enfermería similar anterior **se observa con edema generalizado**, ...

...

12:37:38 evolución medicina crítica y cuidado intensivo. **Diagnósticos:** * **Choque séptico de origen abdominal.** * Síndrome de disfunción orgánica múltiple (Renal-Pulmonar-Hemodinámico) APACHE II 16 Mortalidad 23,5% -SOFA: 10. * POP inmediato laparotomía exploratoria + apendicetomía + lavado cavidad + laparotomía (04/03/2017). * Peritonitis generalizada por apéndice cecal perforada. * Injuria renal aguda AKIN 3 -TFG 12 ml/min/1,73m2. **Invasiones:** TOT. Catéter central de inserción periférico. Línea arterial. Sonda vesical. Sonda orogástrica. **Soportes:** Respiratorio: Ventilación mecánica invasiva modo VC. Cardiovascular: cristaloides, norepinefrina. Nutrición: enteral. Sedación: fentanilo-Propofol. Antimicrobianos: Meropenem (Inicia 04/03/2017). Gastroprotección: omeprazol. Tromboprofilaxis: mecánica. **Problemas:** Patología de base. Choque séptico. Patrón de choque distributivo e hipovolémico. Pronóstico reservado. Injuria renal aguda AKIN 3. **Objetivo:** Respiratorio: Intubada, ventilada, acoplada al soporte ventilatorio, en modo AC por volumen, con FiO2:

35%, PEEP: 8cmH2O, SpO2: 96%. Cardiovascular: TA: 101/56, TAM: 71mmhg, FC: 73 x min, relleno capilar límite, GU: 0.5cc kg hora LA: 4086, LE: 2350, LA-LE: +1736. Abdomen: herida bajo curación. Neurológico: RASS: -1. Hematológico: Hb: 8.8, WBC: 24.900, PLT: 104.000, PT: 10, PTT: 37. Metabólico: BUN: 100, Cr3.7, Na: 115. **Análisis:** Paciente con evolución tórpida, en destete de soporte vasopresor, azoados más elevados, aun con diuresis en buen volumen; hay disminución de bancos. **Plan y manejo:** igual manejo general. Pendiente lavado abdominal.

12:40:52 evolución medicina crítica y cuidado intensivo. Similar al anterior.

13:33:46 **evolución cirugía general. Dra. María Helena Gaitán. Análisis:** Paciente con sepsis abdominal en tratamiento antibiótico con tendencia a la mejoría, pero aun con respuesta inflamatoria y falla renal. **Plan y manejo:** Pendiente definir la necesidad de diálisis por parte de nefrología. Se programa para lavado de cavidad abdominal y sistema Vac. ...

14:31:41 nota de enfermería.

14:42:52 nota de enfermería.

14:48:00 **evolución por Nefrología. Shock séptico foco abdominal. Peritonitis secundaria a apéndice perforada. Disfunción multiorgánica. Insuficiencia renal aguda AKIN III. Objetivo:** Con soporte ventilatorio invasivo. Sin soporte vasopresor. Obesa. TA 131/63 FC 74 SatO2 95%. Hipoventilación pulmonar bibasal. Laparotomía sin cierre de cavidad. **Extremidades edema grado II de miembros inferiores. Diuresis límite 0.5 cc kg hora. Lab Hb 8.8, leucos 24900, neutrofilia, plaq 104000. Cr 3.7, BUN 100. Gases arteriales: Acidosis metabólica. Análisis:** Paciente con deterioro de función renal en el contexto de shock séptico y disfunción multiorgánica. Con gasto urinario límite, acidosis metabólica. Con indicación de terapia renal sustitutiva técnica de hemodiálisis. ...

15:49:27 evolución terapia respiratoria.

15:53:31 nota de enfermería. Procedimiento paso de catéter...

18:24:07 evolución por Nefrología. Inserción catéter... **Plan manejo:** Sesión de hemodiálisis. ...

19:50:49 órdenes de laboratorio.

19:53:09 **evolución cirugía general (Dra. Gaitán)**... Ordenes pop. ... Plan y manejo: Traslado a Uci. Cuidados del sistema Vac. Sugiero iniciar NPT y dejar la nutrición enteral a dosis trófica por el íleo evidenciado intraoperatoriamente.

20:12:22 **evolución cirugía general (Dra. Gaitán)** Cirugías. Diagnostico Preoperatorio: Septicemia no especificada. Diagnóstico Postoperatorio: Septicemia no especificada. Tipo de Herida: Contaminada. ... Realización Acto Quirúrgico: 07/03/2017 ... Descripción Quirúrgica: Se retira el viaflex previo. se verifican hallazgos. se implanta sistema se retira el viaflex previo. se verifican hallazgos. se implanta sistema vac (ab-thera: kit abdominal) de Genadyne sin complicaciones.

20:19:40 nota de enfermería. Refiere procedimiento indicado anteriormente ... Se traslada paciente para Uci en compañía de anestesiólogo y auxiliar de enfermería con soporte ventilatorio.

...

8 de marzo

08:40:53 evolución cirugía general. Paciente con **sepsis de origen abdominal**, ayer llevada a lavado quirúrgico. prolongación de tiempos de coagulación, sangrado de cavidad abdominal x sistema vac el cual se cierra y apaga. se espera transfusión de gre y pfc para optimizar condiciones y llevara a revisión quirúrgica.

08:54:34 Evolución por Nutrición. ... Paciente con dx, anotado, evolución clínica tórpida. ... se suspende soporte nutricional enteral, por presentar sepsis de origen abdominal y tener pendiente cx.

09:05:59. Evolución por Nefrología. Diagnósticos: 1. **Choque séptico de origen abdominal**. 2. Síndrome de disfunción orgánica múltiple (Renal-Pulmonar-Hemodinámico) APACHE II 16 Mortalidad 23,5% -SOFA:10. 3. POP inmediata laparotomía exploratoria + apendicetomía + lavado cavidad + laparotomía. 4. **Peritonitis generalizada por apéndice cecal perforada**. 5. Injuria renal aguda AKIN 3, en acidosis refractaria. Paciente en regulares condiciones de salud, **en intubación OT, a ventilación mecánica. Soportes:**

Respiratorio: Ventilación mecánica invasiva modo VC. Cardiovascular: cristaloides, norepinefrina. Nutrición: enteral. ...Sedación: fentanilo-Propofol. Antimicrobianos: Meropenem. Trombo profilaxis: mecánica.

...

11:47:27 evolución medicina crítica y cuidado intensivo. Diagnósticos de la hospitalización & en U.C.I.: - **choque séptico de origen abdominal. - disfunción orgánica múltiple (cardiovascular - renal - hematológico).**

- falla renal aguda akin 3 (tfg 12 ml/min/1,73m²). - P.O.P. de lavado peritoneal con laparotomía (07/03/2017) & colocación de V.A.C. - P.O.P. de laparotomía exploratoria & apendicetomía (04/03/2017).

- peritonitis generalizada por apéndice cecal perforada. ... se observa una paciente en malas condiciones generales. ...

...

Similares anotaciones en la historia clínica además de lavados quirúrgicos, terapia física, respiratoria, transfusiones, ... En regulares condiciones de salud.

Presenta algunas mejorías. Estable, incluso el 16 de marzo hay nota de traslado a sala general y el 17 se lee una nota de medicina general que la sepsis general resuelta. Mejora el patrón respiratorio.

De nuevo el 26 de marzo se señalan regulares condiciones generales, presenta nuevos episodios de emesis, se evidencia decaída. Se le realizan otros procedimientos quirúrgicos como Tac con doble contraste.

Para el 30 de marzo la historia clínica también refiere anemia, posible edema pulmonar, infección catéter central.

El 1 de abril se anota además edema generalizado. De nuevo se consigna por medicina general malas condiciones generales y el mismo día se anota buenas condiciones generales.

El 7 de abril se leen anotaciones de la historia clínica estable; el mismo día se observa nota de enfermería donde indica que el catéter se ve rojo con eritema y salida de secreción purulenta ... sin complicaciones generales.

El 9 de abril se anota: paciente desahueada físicamente, desnutrida, proceso abdominal, asas bloqueadas, alcalosis metabólica importante, hipokalemia leve; patrón respiratorio superficial sin ser determinante de falla respiratoria aguda. * La UCI estará atenta a nuevos cambios o deterioro, si MEWS > 3, por favor interconsultar de nuevo.

El 10 de abril se lee: * Es necesaria realización de Tomografía Tórax * El servicio UCI estará atento a cualquier cambio o deterioro. El mismo 10, cirugía general anota: Persiste con emesis, ayer se retiró el catéter subclavio derecho por infección. ... Decaída pulso 84 el abdomen con herida abierta el bloque visceral granulado los bordes con algo de secreción purulenta. Seguidamente se leen algunas notas de aceptables condiciones generales, ... a continuación: valorada por Dr. Grisales (cirujano de turno), quien observa en imagen gran derrame pleural izquierdo, por lo que indica que efectuará toracocentesis en este momento. ... Se registran posteriores notas estable.

El 13 de abril es ingresada a la UCI, se lee evolución por medicina crítica y cuidado intensivo: paciente con larga estancia hospitalaria comenzó con abdomen agudo por peritonitis generalizada secundaria a apendicitis perforada, quedó con abdomen abierto, pérdida domicilio de asas, actualmente impresiona bloqueado. al comienzo en uci por choque séptico y disfunción multiorgánica, requirió ventilación mecánica, soporte vasoactivo, terapia reemplazo renal, antibioticoterapia (meropenem). el 16 marzo pasa a piso, evolución tórpida siempre con vómitos lo cual no permitió inicio de vía oral, continúa con nutrición parenteral. se cambió catéter venoso central (total tres catéteres dos cavafix y un central), el último 10/ marzo, cultivo de punta con pseudomona multisensible el primero y stafilo epidermis el segundo, ambos con hemocultivos periféricos negativos. refiere disnea de mínimos esfuerzos desde su salida de la unidad, sin embargo, hoy en la tarde posterior al paso de medicación por la sng, comenzó con disnea severa cianosis, por lo que iniciaron manejo

sintomático y se decidió ingreso a la unidad. mala mecánica respiratoria, trast oxigenación, se decidió intubación rápida único intento. se plantea probable cuadro séptico, solicitamos policultivos, posible foco pulmonar, no podemos descartar foco abdominal por lo que se solicitaron imágenes (tac tórax y abdomen). se inició antibióticos de amplio espectro, flora hospitalaria por tiempo de estancia: meropenem para gran negativos, y para gran positivos se indica linezolid evitando vancomicina por su efecto nefrotóxico, dado el antecedente de falla renal aguda que requirió hemodiálisis. se solicitó screening de hongos por alto riesgo de candidiasis sistémica. se continúa nutrición parenteral apoyo con nutricionista. Seguimiento conjunto con cirugía general, pronóstico reservado, se informa a familiar (hijo).

Para el 14 de abril se sospecha broncoaspiración, y se registra falla ventilatoria secundaria A-1. Insuficiencia respiratoria aguda y se sospecha neumonía. Las notas de historia clínica en adelante sugieren una lista de patologías que se iban sumando como la hipertensión, drenaje de líquido turbio.

El 16 de abril se consigna: deterioro de la función ventilatoria, derrame pleural asociado, aunque el cultivo fue negativo se beneficia de drenaje. ... se realiza toracotomía. El mismo día se lee en la historia clínica: Diagnósticos: insuficiencia respiratoria aguda. **sepsis origen respiratorio vs abdominal**. sx emético persistente etiología en estudio. peritonitis generalizada por apendicitis perforada. pop laparotomía exploratoria+apendicectomía+lavado de cavidad (04/marzo/2017). abdomen laparostomizado aparentemente bloqueado. hta de difícil control. injuria renal akin iii resuelta. **Problemas:** Derrame pleural masivo izquierdo. Emesis persistente etiología no definida. Abdomen abierto, bloqueado, probable colección subfrénica. Falla respiratoria, posible neumonía lobar izquierda. Nutrición parenteral prolongada. Cándida score elevado, alto riesgo para candidiasis invasiva. Múltiples esquemas antibióticos. Hipertensión arterial difícil manejo por intolerancia vía oral. Hipocalcemia en reposición.

Las siguientes notas de historia clínica siguen consignando iguales problemas como los anotados en párrafo anterior, y otros, como mal patrón respiratorio, presenta desaturación, hipertensión, hemodinámicamente inestable; también se evidencian notas que refieren alguna mejoría.

El 18 de abril se anota, también por Medicina Crítica y Cuidado Intensivo: Paciente con evolución clínica desfavorable, empeoramiento del trastorno en la oxigenación, clínica compatible con compromiso parenquimatoso y ocupación de espacio pleural, no se ha podido realizar TAC de tórax de control, por el severo trastorno en oxigenación. Mecánica pulmonar muy alterada, elastancia aumentada, pulmón rígido, balance hídrico (+), edema periférico, derrame pleural, ascitis probable, hipoalbuminemia severa; requiere llevar a balance hídrico neutro y medición de presión intra abdominal (F. 552-553 H.C). El mismo día se anota: Diagnósticos: insuficiencia respiratoria aguda tipo 1. neumonía asociada a cuidados de la salud. **sepsis origen respiratorio vs abdominal**. sx emético persistente etiología en estudio. peritonitis generalizada por apendicitis perforada. pop laparotomía exploratoria+apendicectomía+lavado de cavidad (04/marzo/2017). abdomen laparostomizado aparentemente bloqueado. hta de difícil control. injuria renal akin iii resuelta. trali? pangastritis erosiva. **PROBLEMAS:** Trastorno severo en la oxigenación- compliance muy disminuida. Abdomen abierto, bloqueado, probable colección subfrénica. Hipertensión abdominal. Nutrición parenteral prolongada. Cándida score elevado, alto riesgo para candidiasis invasiva. Múltiples esquemas antibióticos. Toracotomía disfuncional. Febril. **ANALISIS** Paciente con patología abdominal **no resuelta**, abdomen bloqueado, no tolerancia a vía oral, con evolución clínica desfavorable, empeoramiento del trastorno en la oxigenación, clínica compatible con compromiso parenquimatoso, no se ha podido realizar TAC de tórax por el severo trastorno en oxigenación. Mecánica pulmonar muy alterada, elastancia aumentada, pulmón rígido, balance hídrico (+), gran incremento de la presión intraabdominal en paciente con abdomen bloqueado, se indican estrategias para mejorar oxigenación como sedación profunda + relajación muscular. Paciente con pronóstico reservado.

Similares anotaciones se realizan el 19 de abril por medicina general, terapia respiratoria; en algunas anotaciones se lee: *malas condiciones generales, evolución tórpida, foco infeccioso no resuelto, trastorno de oxigenación severo, críticas condiciones.*

El 20 de abril las anotaciones son similares. Se anota falla respiratoria aguda, *sepsis origen pulmonar y abdominal, muy malas condiciones generales.*

Similares anotaciones se continuaron en la historia clínica, destacando la gravedad de las mismas y anotando otras patologías nuevas asociadas: desaturada, neumonía, SDRA severo. Requirió hemodiálisis.

Las notas de H.C siguientes se dan en el mismo sentido, destacando la gravedad de la paciente, hasta el **27 de abril** que fallece a las 19+00.

De la transcripción parcial de la historia clínica, es claro para el despacho que la señora Lisnedi siendo una mujer joven, sana, con buen patrón respiratorio, ingresa a la clínica Central del Quindío con una patología abdominal, permanece hospitalizada casi tres meses y muere después de múltiples complicaciones que le colapsaron todo su organismo.

Dictámenes periciales

Uno allegado con la demanda y otro allegado por la llamada en garantía, doctora Maria Helena Gaitán Buitrago.

Dictamen allegado con la demanda:

Rendido por la doctora **Andrea María Suárez Mendoza**. Archivo 01DemandaAnexos, OneDrive, folios 76 a 87 y 120 a 137, del cual se surtió contradicción en audiencia de pruebas del día 28 de junio de 2023 (Archivo 50 Samai).

En esta diligencia, la perita señala que conforme con la historia clínica se pudo establecer que, en el primer ingreso de la paciente al hospital del Sur de Armenia, se diagnosticó con colon irritable y se prescribió Dipirona, lo cual es un analgésico no recomendado para ese tipo de patologías porque puede enmascarar los síntomas; se da salida. Advierte igualmente que al reingreso la actuación del médico fue acertada al remitir a la paciente a un centro de tercer nivel en atención a los síntomas que presentaba: Dolor abdominal, distendida, blomber explicando este término como el primer síntoma positivo de apendicitis, que se manifiesta como el rebote abdomen a la palpación profunda en parte específica del abdomen; de hecho, el médico sugiere la posibilidad de apendicitis, patología que debe ser tratada por cirugía.

Respecto de la atención en la clínica Central del Quindío, indica que, si bien en principio la atención fue acorde con los protocolos médicos, sin embargo, atendiendo que del Urotac se concluyó que no tenía infección urinaria, y del mismo se pudo evidenciar la presencia de un plastrón o un mioma, y, sin embargo se sigue a la espera de la lectura del Urotac por parte del médico especialista, debiendo hacerse uso de otras herramientas existentes en un centro de tercer nivel como una **tomografía abdominal** que, entre otras cosas se ordenó y luego se canceló y con la cual habría podido constatare la apendicitis. Ese tipo de exámenes son los que se realizan cuando existe duda en el diagnóstico, máxime ante la persistencia de los síntomas con los que fue remitida-dolor abdominal, distendida, blomber-, y para ese momento se agregó la posibilidad de un plastrón- que explica es la acumulación de un proceso infeccioso-; asimismo la persistencia del dolor en la fosa iliaca derecha, la intolerancia a la vía oral, emesis (vómito).

Sobre la obesidad de la paciente informa que, si bien los diagnósticos se pueden demorar más, no puede considerarse algo bizarro, sólo es una arista, pues lo cierto es que en Colombia gran parte de la población sufre de obesidad y la apendicitis es de las patologías de más común ocurrencia, por lo tanto, el hecho de que se tratara de una paciente obesa debía generar la necesidad del uso de otras ayudas diagnósticas existentes en una clínica de tercer nivel; los primeros síntomas pueden sugerir varios diagnósticos y todos deben evaluarse para ir descartando, en este caso, reitera que, atendiendo la persistencia de los síntomas debía incluirse la posibilidad de apendicitis y de diverticulitis, no quedarse sólo a la espera de la lectura del Urotac.

Pasados seis (6) días con los mismos síntomas agravados, sin diagnóstico específico, el médico cirujano, doctor Cabrales, realiza laparoscopia encontrando peritonitis por apendicitis cecal perforada, es decir, cuando se realiza el procedimiento ya se había causado peritonitis producto de la apendicitis no diagnosticada.

La perita explica anotaciones de la historia clínica como “dolor exquisito”, es decir, insoportable, “evolución tórpida” y el hallazgo de la laparoscopia como una “catástrofe abdominal.

Dictamen rendido por el doctor Julián Morales Echeverri

Médico Cirujano. Señala que la apendicitis es una de las patologías más frecuentes. Revisó la historia clínica de la señora Lisnedi Quiguanas, señala como motivo de consulta en la clínica Central del Quindío dolor abdominal con diagnóstico de apendicitis.

La doctora Gaitán no encontró signos de abdomen agudo o irritación peritoneal. Solicitó exámenes de laboratorio y encontró sangre en la orina (hematuria), por lo cual dispone la realización de un Urotac y continúa con manejo médico en observación; la doctora Gaitán la evalúa en varias ocasiones.

Cuando la doctora Gaitán la valoró por primera vez no mostraba cuadro de apendicitis, no era claro, por esa razón solicitó exámenes.

Respecto de la analgesia recetada, señala que había sospecha de hematuria, lo que podía ser por cálculos renales que ocasiona dolor severo. La analgesia usualmente se suministra cuando ya está claro el diagnóstico de apendicitis o tiene otras patologías. La analgesia puede enmascarar el dolor abdominal, pero los signos de irritación peritoneal se diagnostican por el médico con evaluación clínica.

La paciente no tenía signos de irritación peritoneal ni de abdomen quirúrgico. Ninguno de los médicos que la valoró encontró abdomen agudo de manejo quirúrgico.

Cuando el doctor Cabrales realiza intervención no tenía diagnóstico de apendicitis, sino, de obstrucción intestinal. La apendicitis perforada con peritonitis se encontró en el procedimiento quirúrgico, a la cual se le dio el manejo adecuado y se traslada a manejo intrahospitalario. El proceso de peritonitis mejoró, luego es llevada a la UCI donde fallece por neumonía asociada a la atención en salud.

Señala que la neumonía se puede adquirir por diferentes causas, no necesariamente producto de la apendicitis, es más por la no movilidad de los diafragmas. La neumonía puede darse en hospital o fuera de él. La obesidad de la paciente y el tiempo de hospitalización generó mayor riesgo de producción de neumonía que la apendicitis.

El diagnóstico de apendicitis depende cada persona. En el caso específico, dice fue atípico porque no mostró síntomas de apendicitis, por lo tanto, se trataba de una paciente difícil y el diagnóstico no se pudo hacer de manera temprana.

Enfatiza en que, la doctora Gaitán realizó una atención adecuada; no dio de alta a la paciente. El manejo de la paciente fue acorde y no hubo pérdida de oportunidad porque hubo valoraciones médicas generales y especializadas, revaloraciones, realización de exámenes que eran los que se necesitaban para precisar un diagnóstico. La evaluación

clínica fue normal, pero hay pacientes que se perforan en menos tiempo que otros; en medicina existe variabilidad individual.

La evolución de la paciente tuvo que ver con un comportamiento atípico y la obesidad influyeron a mayor dificultad diagnóstica de los cuadros clínicos.

Se le pregunta si cuando hay obesidad se deben prescribir pruebas diagnósticas diferentes a un caso donde no se presente obesidad. Responde que, el diagnóstico de apendicitis es clínico y con laboratorios y en caso de duda se realiza tomografía, sin embargo, esta no ayuda en personas obesas.

Indica que no vio las imágenes. Sólo revisó los conceptos de la historia clínica, donde se menciona el Urotac como normal, sin que se indique quién lo leyó. Ante pregunta sobre la existencia de hematuria y el resultado normal del Urotac, responde que la presencia de sangre en la orina fue microscópica y el Urólogo encontró esta situación normal. Insiste en que no observó lectura del Urotac por el radiólogo. Lo que puede concluir es que el Urotac fue acertadamente dispuesto por la doctora Gaitán

De lo indicado por los peritos, es claro que:

El dictamen rendido por el Dr. Julián Morales Echeverri, médico cirujano, da cuenta en primer lugar de que la actuación surtida por la Dra. Gaitán Buitrago estaba ajustada a la lex artis. Sobre los demás aspectos señala en términos generales lo que se resumió anteriormente, de lo cual se destaca que no vio imágenes diagnósticas, ni lectura del Urotac, consideró el caso de la señora Lisnedi atípico y bizarro. Estimó que la atención prestada en la clínica Central fue acorde a los protocolos debidos.

Respecto de lo cual percibe el despacho una contradicción por cuanto:

Afirma el perito que la atención prestada por la Dra. Gaitán estuvo ajustada a la lex artis, memorando conforme con la historia clínica que esta médica cirujana desde el primer día que atendió a la paciente (26 de febrero) prescribió la realización del Urotac y RX de abdomen simple, entre otros, que cuando vuelve a valorarla porque le correspondió el siguiente turno 2 días después (28 de febrero), sólo le habían tomado el Urotac pero sin lectura, y dispone la realización de Tomografía Axial computada de abdomen y pelvis (abdomen total), Tac de abdomen con contraste.

Luego, si estas órdenes fueron acordes con la lex artis y no se cumplieron, no entiende el despacho como puede el perito afirmar que la actuación de la clínica fue la adecuada y prácticamente da a entender que el fallecimiento de la señora Lisnedi ocurrió porque estaba obesa y que por esa condición se hizo difícil el diagnóstico a pesar de la idónea atención.

Lo cierto es que, si la atención de la Dra. Gaitán estuvo enmarcada por la lex artis, entonces indiscutiblemente las órdenes médicas dadas por ella para que fueran cumplidas por la clínica era el protocolo médico que debía seguirse para establecer un diagnóstico que desde el principio resultó difícil además por la obesidad de la paciente y, precisamente por esa dificultad para el diagnóstico con la simple valoración médica es que debían practicarse las aludidas ayudas diagnósticas y que se resalta, no se cumplieron.

De modo que el dictamen del Dr. Morales Echeverri cumple el objeto para el cual se contrató, es decir, que la actuación de la Dra. Gaitán fue acorde con la lex artis, y esto se

afirma porque se respalda por la historia clínica. Sin embargo, se considera ambiguo en relación con la actuación surtida por la clínica Central del Quindío por la razón indicada.

El dictamen rendido por la doctora Andrea María Suárez Mendoza.

Sugieren las demandadas y llamadas en garantía que este dictamen no debe ser valorado porque la doctora Suárez Mendoza no es médico cirujano, es especialista en dermatología y porque manifiesta que la analgesia enmascaró los síntomas de apendicitis, además señala que la paciente tuvo salida y reingresos cuando no es así.

Pues bien, sobre los efectos de la analgesia, los demás médicos y ella misma en la audiencia de sustentación del dictamen señalan que se enmascara el dolor, no los síntomas de la apendicitis. Y respecto a la manifestación de egreso y reingreso es una situación que respecto de la atención en Red Salud se lee en la historia clínica y se aclara con la declaración del doctor Miguel Esteban Wandurraga L, es decir, es una situación que debió ser aclarada porque la manera como se consignó en la historia clínica parecía que si había salida de la paciente.

Y, aunque su especialidad no es de médico cirujano, tiene la experiencia de más de 15 años en el servicio de urgencias de varios centros médicos, por lo mismo puede referir que la apendicitis es una patología de diaria ocurrencia. Se puede advertir de la sustentación del dictamen que realizó un estudio minucioso de la historia clínica que le permitió dar respuesta a todas las preguntas que se le hicieron, dejando claro aspectos fundamentales como que si bien la obesidad de la paciente es una variante que pudo dificultar el diagnóstico, precisamente para casos como ese se debe hacer uso de herramientas diagnósticas complementarias.

Este dictamen ofrece credibilidad, pues todo lo que informa es acorde con lo expuesto en la historia clínica. Explica términos de la historia clínica que permiten evidenciar el estado en el que ingresa la paciente a la clínica y la agravación de los síntomas, el progreso de la enfermedad, las complicaciones hasta el punto de producirse la muerte. Y las omisiones en esas ayudas diagnósticas que debieron ser oportunas para facilitar un diagnóstico acertado y temprano, es decir, cuando todavía podía prescribirse un tratamiento acorde con ese diagnóstico.

Prueba testimonial técnica

Testimonio de la doctora **Sandra Patricia Barco**

Atendió a la paciente en reconsulta o reingreso en la clínica Central del Quindío, con dolor abdominal persistente, con signos de obstrucción intestinal, se le coloca sonda nasogástrica y se manda exámenes de control. Tenía diagnóstico de colelitiasis, con dolor y distensión abdominal, pero no se había establecido apendicitis.

Sobre el dolor abdominal indica que la paciente tenía un examen de orina con hematuria. En ningún momento tuvo síntomas de irritación peritoneal, no hizo taquicardia. Consideró adecuado el manejo dado por la doctora Gaitán al pretender descartar patologías diagnósticas. La atención fue oportuna; la causa de Urolitiasis no se había descartado, y la apendicitis peritonitis fue un hallazgo intraoperatorio, pues ingresa a cirugía con una obstrucción intestinal. El diagnóstico intraoperatorio se resuelve, se retira el apéndice, se hace el lavado peritoneal y se deja bolsa de laparatomía. La paciente fallece por neumonía multilobar, sin que esta necesariamente tenga relación con la apendicitis, se da por otras

causas entre las cuales menciona la malnutrición, quietud, hospitalización prolongada que lleva al paciente a algún tipo de secuela.

Explica que la analgesia disminuye el dolor, pero no la irritación peritoneal, explicando esta como el signo de rebote del abdomen a la palpación. En este punto refiere que la obesidad interfiere en la palpación abdominal para un diagnóstico de abdomen quirúrgico, dice, es muy difícil.

El cuadro clínico correspondió a una apendicitis atípica pues en ninguno de los exámenes físicos arrojó irritación peritoneal. No hubo error en el diagnóstico, la apendicitis se presenta diferente en cada paciente, si a la palpación del abdomen no se evidencia la irritación peritoneal el diagnóstico de apendicitis es muy difícil.

Manifiesta que, en una apendicitis o peritonitis no tratada oportunamente, la infección evoluciona rápidamente a través del torrente sanguíneo, afecta los demás órganos, se produce sepsis y la muerte; es un proceso de pocos días

Explica que la obstrucción intestinal en este caso se produjo por la infección intraabdominal. Asimismo, señala que el epiplón recubre las vísceras intestinales y se ***emplastrona donde hay tejido infectado.***

Testimonio del doctor **Samuel Antonio Grisales L.**

Médico cirujano general. Indica que la historia clínica registra varias atenciones que tuvo con la paciente, en rondas médicas y con posterioridad a la intervención quirúrgica.

En la ronda del 20 de marzo de 2017 la paciente no registra dolor, se siente bien, no hay pus, se decide ingesta oral.

En la ronda del 27 de marzo hubo que cambiar catéter, no refiere fiebre, evoluciona lento a mejoría y se está a la espera de cultivos.

El 10 de abril, sigue hospitalizada con abdomen abierto, algo de secreción, no fiebre, implante de catéter subclaviar pero debe hacerse con la ayuda del anestesiólogo. La paciente tenía proceso abdominal en evolución, pero registra complicación pulmonar evidente. Radiografía muestra hemitórax.

El 15 de abril, ya en la UCI con soporte ventilatorio, herida abierta, exceso de drenaje, líquidos negativos, tomografías pendientes de reportes.

Refiere que la doctora Gaitán hace lectura de unas imágenes, pero ***queda pendiente de la lectura oficial del Urotac.***

Señala que no se tomó la tomografía abdominal.

Indica que con los hallazgos clínicos en un cuadro abdominal en paciente con obesidad el diagnóstico es difícil; ***si no es un cuadro florido se ordenan estudios complementarios, pero no están en la historia clínica para resolver y avanzar en la búsqueda diagnóstica.*** En principio no daba para apendicitis y la doctora Gaitán hace lo propio para descartar patologías, que en principio fue la urológica.

La doctora Gaitán observa en el Urotac una imagen que no le parece normal y que requiere de una tomografía de abdomen completo, pero no se ve que haya continuidad en la realización de esos exámenes. La doctora Gaitán no dice que deba o no llevarse a cirugía, sino que, con lo que había no era suficiente para indicar cirugía inmediata.

Por los hallazgos físicos y radiológicos la paciente ingresa a cirugía por ***obstrucción intestinal a causa de proceso de apendicitis aguda localizada en la pelvis. Explica que normalmente el apéndice está en la fosa iliaca derecha, eventualmente está en la pelvis lo que hace que se trate de una apendicitis atípica.***

Cuando el paciente es obeso, se deben hacer estudios complementarios porque esa condición limita el examen clínico. Indica que se ordenó incluso una tomografía abdominal contrastada pero no consta en la historia clínica que se hubiera efectuado, o tal vez puede constar en otro sistema de archivo de la clínica. Refiere que la tomografía abdominal con contraste es el examen indicado.

Al momento de la intervención se resolvió el proceso apendicular, pero, por la obstrucción intestinal y la obesidad no fue posible hacer un cierre de la cavidad, tuvo que acudir a laparotomía con elementos sintéticos para retener las asas intestinales.

El proceso inflamatorio persistente condujo a un compromiso pulmonar y al reingreso a la UCI, es decir, no fue por el proceso abdominal, sino por el pulmonar que se sobrepuso a l abdominal.

Cursiva y negrilla de estos testimonios para resaltar aspectos relevantes y que coinciden con el dictamen de la doctora Andrea María Suárez Mendoza y con la historia clínica,

Testimonio del doctor **Miguel Esteban Wandurraga L.**

Médico general, labora en Red Salud Armenia y atendió a la señora Quiguanás en el hospital del Sur, el 26 de febrero a las 4:56 a. m, refirió dolor abdominal, signos normales, abdomen con gran panículo adiposo sin irritación peritoneal, se da manejo con analgesia y salida porque por los antecedentes registrados en la historia clínica se diagnostica colon irritable, y así lo indicó el examen clínico. No le ordena exámenes adicionales. No tuvo más atenciones con la referida señora, pero por la historia clínica pudo establecer que después presentó otros síntomas que fueron valorados por otro médico de la institución que dispuso un protocolo diferente y que se encuentra en la historia clínica.

Prueba testimonial de perjuicios

Testimonio de los señores *Leonel Castro Tolosa, Tulio Cesar Varón Ovalle y Diana Janeth Orozco Vega.*

Coinciden en afirmar que la señora Lisnedi Quiguanas desde muy joven debió trabajar para el sostenimiento de sus tres hijos. Trabajaba en casas de familia, en restaurantes, en lo que resultara. Vivía también con su señora madre y una hermana, quienes continuaron viviendo con los hijos de los hijos de ella cuando falleció.

Cuando estuvo hospitalizada la cuidaba la hermana y la esposa de Kevin.

Los gastos funerarios los sufragó la señora donde trabajaba la señora Lisnedi.

Interrogatorio de los demandantes

En términos generales los demandantes son coincidentes en sus respuestas. Indican de la señora Lisnedi era una persona de muy buena salud. Que trabajaba en casas de familia. Estaba a cargo de los gastos del hogar. Vivía con los hijos, la mamá y la hermana. Para el momento de los hechos, Brayan, el hijo mayor trabajaba en Cali y renunció para venir a ayudar a cuidar a la mamá. Durante la hospitalización, la señora donde trabajaba doña Lisnedi siguió pagándole el sueldo y de esa manera sobrevivieron. Los gastos fúnebres los pagó una nieta o sobrina de la señora donde doña Lisnedi trabajaba.

Interrogatorio de parte y declaración de parte de la llamada en garantía Dra. María Helena Gaitán Buitrago

Informa que atendió a la señora Lisnedi en dos ocasiones antes del procedimiento quirúrgico, esto es, el 26 y 28 de febrero de 2017 y luego vuelve a verla 10 días después. Durante esas atenciones no dio salida a la paciente de la clínica.

Dice que en ningún momento fue evidente irritación peritoneal o abdomen quirúrgico. Cuando la paciente se llevó a cirugía fue por sospecha de obstrucción intestinal y es donde se encuentra la apendicitis. Explica que se trató de un cuadro atípico, donde el panículo adiposo incidió en el establecimiento del diagnóstico; muchos médicos la evaluaron y ninguno encontró signos de irritación peritoneal.

La infección intraabdominal correspondió a un hallazgo intraoperatorio; después de la intervención quirúrgica se controló la infección, se trasladó a la UCI y luego a piso con tratamiento. Posteriormente presenta neumonía con causa de difícil establecimiento, es algo multifactorial incluso por la **falta de movimiento que se negaba a realizar, produciéndose la muerte por sepsis pulmonar, pues la apendicitis y la infección ya estaban resueltas**. La individualidad de la respuesta inflamatoria es inusual porque a la edad de la paciente no es normal la neumonía multilobar, como lo es en pacientes ancianos. **La causa del fallecimiento no fue la apendicitis ni la sepsis abdominal, sino sepsis pulmonar.**

Ante pregunta relacionada con la oportunidad de la cirugía, manifiesta que 6 días de evolución de una apendicitis es mucho tiempo, pero, reitera que los síntomas no deban para el diagnóstico de apendicitis.

No hubo pérdida de oportunidad porque el servicio y atención fue adecuado tratándose se establecer un diagnóstico acertado. El diagnóstico no se hizo porque el cuadro clínico de la paciente no orientaba hacia ese diagnóstico de apendicitis, no había siquiera sospecha de ello.

Los paraclínicos se realizaron bajo las precisiones diagnósticas que se iban dando. Si hubiera tenido signos de irritación peritoneal la analgesia no hubiera surtido efecto. La paciente se dejó en observación por lo menos 12 horas sin analgésico hasta que llegó el resultado de urolitiasis.

La infección bacteriana hace que haya inflamación en el sentido de que los demás órganos no funcionen normalmente.

La palpación y examen físico es lo que genera la impresión diagnóstica, si no hay signos de irritación peritoneal, ante la imagen del Urotac se debía esperar la lectura por parte del radiólogo; el Urotac permite ver imagen de todos los órganos del abdomen. El Urólogo dice que no tiene infección urinaria, pero, reitera que debía esperar la lectura por parte del radiólogo.

No hubo error diagnóstico, todas las posibilidades estaban pendientes. Hubo diferentes sospechas que debían descartarse o confirmarse. En todo momento estuvo vigilada. Ingresó a cirugía porque tuvo vómito y la placa de abdomen sugirió obstrucción intestinal, continuaba con el dolor, distensión abdominal, pero clínicamente todavía no era claro el examen abdominal.

La negrilla y cursiva para destacar que la doctora Gaitán justifica el protocolo médico seguido a la paciente y resalta que la muerte se produjo por sepsis pulmonar no por sepsis abdominal, es más, también refiere que la obesidad de la paciente no permitió que la palpación y examen físico indicara signos de irritación peritoneal y que había que descartar en el diagnóstico otros hallazgos como los sospechados en el Urotac.

En este punto, se pregunta el despacho ¿para qué dispuso la Dra. Gaitán desde la primera valoración que le realizó a la paciente la práctica del Tac de abdomen total simple, incluso también en la segunda valoración el Tac contrastado? Acaso ¿no era el protocolo a seguir atendiendo la especial condición de obesidad de la paciente?

Se memora notas de la historia clínica de la atención surtida por esta médica cirujana:

Del día 26 de febrero. ...abdomen con abundante panículo adiposo, blando, con dolor a la palpación profunda de fosa iliaca derecha sin signos peritoneales francos. Se deja en observación, con líquidos, sin analgesia, se dispone retirar la sonda y realizar RX de abdomen.

Del día 28 de febrero. 13:45:24 médico general consigna en notas de evolución condiciones generales similares. Refiere lo indicado por la doctora Gaitán, sigue pendiente el reporte del Urotac, solicita tac de abdomen contrastado. Órdenes imágenes diagnósticas: Tomografía Axial computada de abdomen y pelvis (abdomen total), Tac de abdomen con contraste.

Además, se recuerda que en la historia clínica se lee en varias oportunidades en la evaluación por Medicina Crítica y Cuidado Intensivo, notas como la del 5 de marzo a las 22:51:48 ... Paciente críticamente enferma, **sepsis de origen abdominal**, peritonitis por apéndice perforada... Y las notas de historia clínica desde que ingresó a la UCI y hasta el fallecimiento son constantes en establecer que la sepsis es de origen abdominal y pulmonar.

Prueba documental

- Certificación de 12 de junio de 2017 signada por líder de talento humano de la compañía BPO Consulting, donde informa que el señor Barayan Andrés Gallego Quiguanas laboró en esa compañía en cargo de Auxiliar Contable con un contrato a término indefinido desde el 21 de diciembre de 2015 hasta el 21 de marzo de 2017 y se retiró por temas familiares (F. 88, archivo Archivo DemandaAnexos OneDrive)

- Certificación de 29 de junio de 2017 signada por la gerente de servicios de La Ofrenda, donde informa que la señora Diana Karina Pineda Castro, cubrió los gastos funerarios de la señora Lisnedi Quiguanas Carreño, cuyo costo total ascendió a \$2.310.000= (F. 90, archivo ídem). Se recuerda que se desistió de la ratificación solicitada por la llamada en garantía Allianz seguros S. A.

- Documentos que acreditan existencia y representación legal de las demandadas (F. 91 a 119, archivo ídem)

Las certificaciones serán valoradas en el acápite de perjuicios.

Cuadro de turnos:

Como quedó claro en la última audiencia de pruebas de 11 de diciembre de 2023, los cuadros de turnos no se encuentran en la clínica central porque dichos cuadros se elaboran sólo para el personal de planta. Para los médicos que están vinculados por prestación de servicios se establece un sistema diferente, que se explicó en la diligencia. Esta situación generó controversia en la referida audiencia donde finalmente se concluye que, no obstante, para el objeto de la prueba que es establecer las atenciones de la llamada en garantía Dra. Gaitán se considera, se logra con los documentos aportados por la Clínica y con la historia clínica que registra los horarios de las atenciones prestadas por la doctora Gaitán a la señora Lisnedi.

EI UROTAC:

En respuesta a solicitud de aporte del Urotac, dirigida a Teleradiografía de Colombia Diagnóstico Digital Especializado SAS, vista en el **archivo 57** SAMAI indica que:

“ ...

1. Entre el 31 de julio de 2017 y el año 2022 entre CLINICA CENTRAL DEL QUINDIO y TELERADIOLOGIA DE COLOMBIA DIAGNÓSTICO DIGITAL ESPECIALIZADO S.A.S (hoy ATRYS COLOMBIA S.A.S.) existió un contrato de alianza estratégica para los servicios de lectura, análisis y reporte a distancia de radiología e imágenes diagnósticas en la modalidad de telemedicina.

El objeto y obligaciones derivadas de este contrato no representaron la tercerización del servicio de radiología, debido a que el contratante – Clínica Central del Quindío S.A.S. siempre fue el prestador de los servicios de salud, es decir que el UROTAC fue tomado por el personal designado por la Clínica Central del Quindío, con equipos de su propiedad siguiendo los protocolos y guías de práctica de esta entidad, por lo que en ningún momento tuvimos interacción directa o indirecta con la paciente.

Una vez se toma la imagen del UROTAC este fue transmitida vía internet desde la Clínica del Quindío a nuestros médicos especialistas para la interpretación del estudio con el fin de dar apoyo diagnóstico al médico tratante del Clínica del Quindío, para que definiera el manejo y definición de conducta a seguir con la paciente. Es decir, que Teleradiología de Colombia S.A.S. actuó como centro de referencia con sus recursos asistenciales especializados y tecnologías de la información, brindando a distancia el apoyo diagnóstico requerido según lo establece la Resolución 2003 de 2014 numeral 2.3.2.11.

*2. En Atención a que Teleradiología de Colombia S.A.S no actuó como el prestador del servicio de almacenamiento de las imágenes diagnosticas, ni presto el servicio de salud, su obligación como lo estable el contrato no comprendía la conservación de las imágenes y reportes de la Clínica Central del Quindío S.A.S. **Concluimos entonces que la responsabilidad de almacenamiento y custodia del UROTAC y el respectivo reporte del estudio practicado el 28 de febrero de 2017 a la paciente Lisnedi Quiguanas Carreño identificada con la C.C. 34.569.365, está en cabeza de la Clínica Central del Quindío.***

Ahora bien, la norma que regula la historia clínica (artículo 11 de la Resolución 1995 de 1999) señala como anexos de la historia clínica los reportes de interpretación de las imágenes diagnósticas, los cuales deben quedar registrados como exámenes paraclínicos dentro del cuerpo de la historia clínica y corresponde su conservación al prestador de los servicios de salud del paciente.”

Negrilla fuera del texto.

Esta prueba permite concluir que, es la clínica Central quien debe tener en su poder no sólo la imagen diagnóstica, sino la lectura de la misma por parte del Radiólogo.

No hay duda entonces que el Urotac se practicó por la misma clínica así no se hubiera aportado al proceso, porque toda la historia clínica refiere a ella. En ese sentido es válido preguntarse si ¿la clínica en algún momento contactó a Teleradiografía para consignar la lectura del Urotac?, la historia clínica indica que la respuesta es negativa, porque si lo hubiera hecho tendría que existir la anotación de esa lectura en la historia clínica y evidentemente no existe.

TESIS DEL DESPACHO

Se configuró una falla médica hospitalaria en la atención prestada por la clínica Central del Quindío a la señora Lisnedi Quiguanas Carreño, que conllevó a su fallecimiento.

La atención prestada por Red Salud a través del hospital del Sur de Armenia, Q, fue oportuna y acertada al trasladar a la paciente a una clínica de tercer nivel; asimismo es posible concluir que la atención prestada por la doctora María Helena Gaitán Buitrago, llamada en garantía por la clínica Central, estuvo enmarcada dentro de los protocolos médicos o *lex artis*.

Así se desprende del capítulo de hechos probados, en relación con cada elemento constitutivo de responsabilidad extracontractual:

EL DAÑO:

“ ...

3.6.1. El daño antijurídico: consideraciones generales

La idea de una responsabilidad fundada en la antijuridicidad del daño padecido por la víctima, y no en la ilegalidad de la conducta de quien lo causa, tiene arraigo en ...

En esta perspectiva, el daño puede ser entendido como la aminoración o alteración negativa de un interés humano objeto de tutela jurídica, debido al cual, el derecho facilita la reacción de quien lo padece en orden a la reparación o compensación de su sacrificio.

Bajo este entendimiento, el daño incorpora dos elementos: uno, físico, material, y otro jurídico, formal.

...

En todos, y en cualquiera de estos casos, el daño ocurre, inicialmente, en el plano fáctico, plano en el que el daño deviene insuficiente para poner en movimiento al derecho en función de facilitar la reacción de quien lo padece en orden a la reparación o compensación del sacrificio que de él deriva.

Para que el daño adquiera una dimensión jurídicamente relevante (para que pueda predicarse su antijuridicidad) es menester que recaiga sobre un interés tutelado por el derecho; que no exista un título legal conforme al ordenamiento constitucional, que justifique, que legitime la lesión al interés jurídicamente tutelado; y que no haya sido causado, ni haya sido determinado por un error de conducta de la propia víctima.

Si el daño no recae sobre un interés jurídicamente tutelado, o si el daño tiene por causa o se encuentra determinado por el hecho o por la culpa de la víctima, no se activa el ordenamiento jurídico para facilitar a la víctima la reparación del daño, ...

Ahora bien, en caso de existir un título legal conforme al ordenamiento constitucional, que justifique, que legitime la lesión al interés jurídicamente tutelado, habrá de decirse que la tutela jurídica del interés ha sido objeto de una dispensa especial por el ordenamiento fundamental, en cuya virtud y en función de los requerimientos de la vida en sociedad, el afectado está en la obligación de soportar sus consecuencias.

...”³

Pues bien, bajo ese contexto, el punto será abordado en primer lugar respecto la demandada Red Salud Armenia, Q, - Hospital del Sur – y, de la llamada en garantía Dra. María Helena Gaitán Buitrago, atendiendo que fueron las primeras atenciones médicas que recibió la señora Lisnedi Quiguanas Carreño.

3 Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección tercera. Subsección C. C:P: Jaime Enrique Rodríguez Navas. 26de octubre de 2018. Radicado 25000-23-26-000-2006-01724-01(41144).

Respecto de la demandada Red Salud Armenia, por la atención prestada en el hospital del Sur:

Como se desprende de la historia clínica, la señora Lisnedi Quiguanas Carreño asistió a urgencias del hospital del Sur el día 26 de febrero de 2017 a las 4:56 a. m, por un cuadro de dolor tipo cólico a nivel del Epi y Mesogastrio asociado a distensión abdominal, ... Niega otra sintomatología. Con antecedentes médicos de colon irritable, se le coloca cloruro de sodio, bolo y se da de alta por mejoría y con formulación. Sin embargo, a las 7:45 a. m, es atendida por el otro médico de turno quien indica la paciente tiene dolor persistente asociado a nauseas, emesis en 4 ocasiones de contenido bilioso, sin diarrea. Señala que tenía salida por mejora del dolor, pero se reagudizó. Buenas condiciones generales, ... abdomen blando, depresible doloroso a la palpación generalizada, sin signos de abdomen agudo peristalsis positiva. Sin signos de irritación peritoneal... Se toma paraclínicos. Se coloca cloruro de sodio. Hemograma y uroanálisis. A las 12:25 p. m, es revalorada por el mismo médico, cuadro de evolución de 18 horas, consigna pupilas normales, mucosas húmedas, cuello móvil, tórax simétricoespansible, ritmos cardiacos rítmicos, sin soplo murmullo vesicular aparente en ambos campos pulmonares, abdomen blando depresible doloroso a la palpación en fosa iliaca derecha, Bloomberg positivo peristalsis positiva, sin signos de irritación peritoneal, ... Interpreta los paraclínicos normales y analiza *"paciente con cuadro de dolor abdominal sugestivo de apendicitis aguda considero iniciar manejo médico con líquidos ranitidina solicito valoración por cirugía general"* Hace una descripción de otros dolores abdominales y los no especificados. Aunque en la primera valoración se dio analgesia, de los testimonios rendidos por los médicos y los peritos se puede concluir que la misma enmascara el dolor, pero no los síntomas de una apendicitis.

Es decir, la atención surtida por la demandada Red Salud Armenia, Q, a través del hospital del Sur correspondió a un lapso de aproximadamente 8 horas, mismo que de conformidad con la prueba testimonial técnica y periciales está dentro de un rango normal para establecer evolución del paciente y tomar medidas, tal como se itera ocurrió en este episodio.

En conclusión, no se acreditó la existencia de hecho: acción u omisión en la atención prestada en el hospital del Sur de Armenia, Q, a la señora Lisnedi Quiguanas Carreño que condujera a daño alguno.

En cuanto a la atención prestada por la llamada en garantía, doctora María Helena Gaitán Buitrago

El mismo 26 de febrero a las 12:35:30 p. m, ingresa la paciente a Urgencias de la clínica Central del Quindío, se realiza el triage, donde se indica que es remitida del hospital del Sur con DX de apendicitis. Por cuadro de 18 horas de evolución de dolor abdominal tipo cólico localizado en hipogastrio no irradiado, asociado a emesis en 5 ocasiones, último episodio antes de la puesta de sonda nasogástrica, no fiebre ni diarrea, en hospital del Sur toman hemograma, refieren leucocitosis, neutrofilia, resto parámetros normales. Paciente niega sintomatología irritativa urinaria. El examen físico señala buenas condiciones generales, consciente, alerta, afebril, sin signos de dificultad respiratoria, con sonda nasogástrica, ..., abdomen blando depresible, dolor a la palpación profunda de hipogastrio, blomber negativo... sin signos de irritación peritoneal, ...Glas Glow 15/15. Diagnóstico, dolor abdominal localizado en parte superior. Indica que recibió manejo analgésico en primer nivel cuadro pudiese estar enmascarado por eso al examen físico, se deja en observación, paraclínicos, valoración por CX general, nada vía oral.

A las 13:31:52 es valorada por la cirujana general, Dra. María Helena Gaitán B., quien consigna las mismas observaciones realizadas en párrafos anteriores.

Nuevamente, a las 14:48:47, la Dra. Gaitán la atiende e indica abdomen con abundante panículo adiposo, blando, con dolor a la palpación profunda de fosa iliaca derecha sin signos peritoneales francos. Se deja en observación, con líquidos, sin analgesia, se dispone retirar la sonda y realizar RX de abdomen.

A las 18:03:27 la doctora Gaitán Buitrago revisa la evolución de la paciente y consigna que continúa dolor en fosa iliaca derecha, ha tenido vómito hialino. Abdomen blando, no hay francos signos peritoneales, con leucocitosis, con hematuria. Paciente con posible Urolitiasis. Se consigna el plan de manejo: Analgesia, Urotac, valoración por urología, hidratación.

A las 13:18:38 del 28 de febrero, es decir, 2 días después es valorada nuevamente por la doctora Gaitán Buitrago, señala que, la paciente había sido dada de alta con sospecha de urolitiasis por las características del dolor y la hematuria. ***Se realizó Urotac que aún no tiene lectura.*** La paciente refiere mejoría, pero persistencia del dolor abdominal. Refiere: Abdomen distendido, blando, con dolor en fosa iliaca derecha, sin signos peritoneales, ***“observo en el Urotac una masa por detrás de la vejiga que la rechaza, pero no me queda claro si se trata de un plastrón o un mioma, pendiente lectura oficial”.*** Leucos 19000

La cursiva y negrilla para resaltar que como lo indicaron los testigos médicos y los peritos, el Urotac no tenía lectura oficial, sin embargo, la doctora Gaitán observa una masa que puede ser un plastrón o un mioma, lo que debía ser establecido por el médico Radiólogo para fijar protocolo a seguir.

Es decir, la doctora Gaitán atiende a la paciente en urgencias el **26 de febrero** ordenando RX de abdomen, Urotac, Valoración por Urología, Analgesia e Hidratación. El **28 de febrero** cuando vuelve al servicio de urgencia, valora de nuevo a la paciente y encuentra que solo se ha realizado el Urotac, pero no tiene lectura oficial, esto es, por el Radiólogo.

Significa que, si, desde el 26 de febrero ***aún no se había realizado por la clínica*** el RX de abdomen, ni la lectura del Urotac que habían sido acertadamente ordenados por la doctora Gaitán, no podía establecerse un diagnóstico definitivo o adecuado para disponer tratamiento.

Cursiva en el texto transcrito para resaltar que, la omisión en la práctica del RX de abdomen y la lectura del Urotac era responsabilidad de la clínica, no de la doctora Gaitán.

La doctora Gaitán vuelve a ver a la paciente el 7 de marzo, cuando ya inclusive había sido operada y se encontraba en condiciones graves.

Entonces, no encuentra el despacho prueba ni siquiera indiciaria que lleve a una razón válida que permita concluir que la atención brindada por la referida médica hubiera sido errada, determinante o eficiente en la muerte de la señora Lisnedi Quiguanas Carreño.

En conclusión, no se encuentra acreditado en esta actuación un hecho representado en una acción u omisión que condujera al daño.

Sobre la atención prestada por la clínica Central del Quindío, complementaria a la brindada por la doctora Gaitán Buitrago.

Luego, conforme a las conclusiones anteriores, es preciso preguntarse ¿qué pasó entre las 18:03:27 del 26 y las 13:18:38 del 28 de febrero, y en adelante hasta el día 27 de abril de 2017 que fallece la señora Quiguanas Carreño?

Como se advierte de los apartes de la historia clínica consignados en el capítulo de pruebas y hechos probados, el 27 de febrero las actuaciones médicas se limitaron a la realización del Urotac que sólo fue visto por el Urólogo porque no tenía lectura por el Radiólogo; el Urólogo considera que los riñones están normales, no observa lito, ni hidronefrosis, pero, sospecha de urolitiasis.

El 28 de febrero: Aunque se evidencian condiciones de la paciente similares a las informadas con anterioridad se estima la posibilidad de darle salida dependiendo de la evolución del dolor por la sospecha de Urolitiasis por las características del dolor y la hematuria, sin embargo, ante la persistencia del dolor y la falta de lectura del Urotac por parte del Radiólogo, la médica cirujana, Dra. Gaitán advierte ***“observo en el Urotac una masa por detrás de la vejiga que la rechaza, pero no me queda claro si se trata de un plastrón o un mioma, pendiente lectura oficial”***, y

según nota de médico general de las 13:25:44, la médica cirujana solicita tac de abdomen contrastado. Órdenes imágenes diagnósticas: Tomografía Axial computada de abdomen y pelvis (abdomen total), Tac de abdomen con contraste. No obstante, a las 14:12:48, el mismo médico general en notas de evolución señala que la orden de tac de abdomen contrastado no pertenece a esta paciente, pero no explica la anotación. Y como lo indicaron los peritos el Tac abdominal que es equivalente a la tomografía axial computarizada de abdomen total es un examen necesario en casos como el de ahora que se tuvieron dudas para el diagnóstico y según la historia clínica sólo hasta el 4 de marzo, es decir, después de 6 días de ingresada a la clínica central y de 4 de haberse ordenado se practica este examen, cuando ya la paciente, conforme a la misma historia clínica se encontraba en condiciones graves, de hecho es ingresada a cirugía por sospecha de obstrucción intestinal y es en ese procedimiento quirúrgico que se establece el daño, es decir, ya se había producido peritonitis por apendicitis cecal perforada.

A partir de ese momento la clínica no escatima en las atenciones para la paciente, sin embargo, la evolución, aunque por lapsos cortos parecía mejorar, lo cierto es que se produce una sepsis generalizada, un deterioro multiorgánico, como se lee en aparte de la historia clínica *"Choque séptico de origen abdominal. Síndrome de disfunción orgánica múltiple (Renal-Pulmonar-Hemodinámico)"* hasta que se produce la neumonía y fallece.

Y aunque la causa de muerte finalmente fue la neumonía, claramente, la historia clínica muestra que esa patología no llegó de manera improvisada, sino producto de una larga y dolorosa hospitalización. Afirmación que se desprende de la historia clínica donde se referencia esa situación, basta con leer anotaciones médicas y de enfermería transcritas líneas atrás, para tener la certeza en primer lugar que la sepsis tuvo origen abdominal y se volvió generalizada de modo que cuando afecta los pulmones se produce la neumonía; y en segundo lugar, que la señora Quiguanas en efecto padeció un dolor insoportable por más de dos meses, que cada vez se agudizaba más y se complicaba con patologías adyacentes que obligaron a realizar otros procedimientos que nada tenían que ver con la patología de base.

Siendo ello así, el elemento **daño antijurídico** se encuentra acreditado en el plenario, pues la salud y la vida son bienes jurídicamente protegidos y los hechos narrados en la historia clínica de la señora Lisnedi Quiguanas Carreño indican que se menoscabaron estando dentro de una institución de salud de tercer nivel, y se hace esta afirmación porque se reitera que la paciente era una mujer joven, sana, que ingresó a la clínica con un dolor abdominal, permaneció casi tres meses hospitalizada y muere tras una falla multiorgánica.

El NEXO CAUSAL DEL DAÑO CON EL SERVICIO DE SALUD

Importante resulta preguntarse, ¿por qué la clínica demoró la práctica del TAC de abdomen total?, siendo un examen que era muy importante, como lo indicaron los peritos, para establecer el diagnóstico en caso de duda del mismo por la causa que fuera, así, en este evento, por la dificultad de definirlo al examen clínico o físico habida estimación de la obesidad de la paciente, máxime atendiendo que el Urotac para ese momento no había tenido una lectura oficial que permitirá descartar con certeza la existencia de un plastrón o un mioma.

Es que, cuando se ordenó el Urotac, también se dispuso de otros exámenes diagnósticos, entre ellos el TAC de abdomen total, sin que se condicionara la realización del Tac a la lectura del Urotac.

Es evidente que se omitió la lectura oficial o por el Radiólogo del Urotac, como también lo es que el Tac se demoró para practicarse 4 días después de ordenado, demora injustificada

si se tiene en cuenta que, como lo indicaron los testigos médicos y los peritos, 6 días de evolución (desde el ingreso a la clínica) de la patología real es demasiado, así, en términos de la médica cirujana, Sandra Patricia barco *en una apendicitis o peritonitis no tratada oportunamente, la infección evoluciona rápidamente a través del torrente sanguíneo, afecta los demás órganos, se produce sepsis y la muerte; es un proceso de pocos días.*

Lo cual es inconcebible en una situación como la que estaba sufriendo la paciente de dolor insuperable, porque si bien este síntoma se calmaba, como lo indicaron los testigos técnicos y los peritos sucedía por la analgesia que también reiteraron con énfasis puede enmascarar el dolor, pero no los síntomas de la apendicitis, no podía ser admisible que dejara de practicarse con la urgencia requerida la lectura del Urotac por parte del Radiólogo, pero más allá de esta lectura que nunca se produjo, no podía seguirse esperando la misma sin continuar practicando los exámenes o procedimientos tecnológicos, en este caso el TAC ABDOMINAL para descartar otros diagnósticos. Es decir, el TAC era la ayuda diagnóstica adecuada para evidenciar la apendicitis y obtener un diagnóstico acertado; todo el tiempo se diagnosticó y se trató un problema renal, dejando de lado, se insiste, la práctica del examen tecnológico que había sido ordenado por la doctora Gaitán desde el mismo día de ingreso de la paciente a la clínica. Es decir, no se siguió el protocolo de la lex artis al omitir la práctica del referido TAC, por tanto, hubo error en el diagnóstico.

En todo caso no era posible dejarse a la deriva la práctica de un examen esencial al tenor de los síntomas, porque estaba de por medio la vida de un ser humano y el deber ser indicaba y, se itera así lo dicen los mismos testigos técnicos y los peritos, ese TAC es una herramienta diagnóstica valiosa en casos como el que se analiza.

Como se desprende de la misma historia clínica, cuando se practicó la laparatomía exploratoria a la señora Lisnedi el día 4 de marzo, ya se había producido la peritonitis provocada o generada por la apendicitis cecal perforada.

Para el despacho, la falla del servicio se produjo desde el momento en que se omitió la práctica del TAC abdominal, porque si bien también es clara la omisión en la lectura del Urotac, el Tac no estaba condicionado a la dicha lectura.

Es decir, lo dicho hasta el momento, permite establecer que hubo grave omisión en la práctica oportuna del TAC de abdomen total, misma que no permitió un diagnóstico acertado, puntual y de manejo adecuado.

Se precisa entonces que no se está considerando una falta de oportunidad, sino una falla del servicio (omisión en la práctica oportuna del TAC ABDOMINAL) que habría llevado a establecer puntualmente la patología real y por consecuencia un protocolo acorde a seguir. La señora Lisnedi siempre tuvo la apendicitis, pero su diagnóstico efectivo erró al no seguirse con la lex artis indicada por la médica cirujana desde el mismo día de ingreso de la paciente a la clínica Central del Quindío.

La historia clínica de la señora Lisnedi producida en la clínica Central está compuesta de 690 folios que son de importancia suma, sin embargo, son las primeras anotaciones las que se advierten conclusivas de las omisiones que llevaron a la prolongación injustificada del cuadro clínico y que fueron eficientes en la producción del resultado dañoso, pues como se dijo líneas atrás, una vez advertida la peritonitis la atención para su manejo fue adecuada, pero no suficiente para evitar el resultado final.

Cierto es que la responsabilidad médico hospitalaria es de medios y no de resultados, en ese sentido, se acreditó sin lugar a la duda que, los medios de que disponía la clínica Central

y que fueron ordenados por la médica cirujana desde el inicio de la atención para establecer el diagnóstico no fueron utilizados debida y oportunamente.

En síntesis, se acreditaron los elementos estructurales de la responsabilidad patrimonial del estado: la omisión en la práctica del TAC ABDOMINAL (falla del servicio), el daño antijurídico – cierto, determinado, lesivo de un bien jurídicamente protegido- y el nexo causal.

LOS PERJUICIOS

Establecido el daño antijurídico causado a la señora Lisnedi Quiguanas Carreño, se procede a analizar si se encuentran acreditados los perjuicios alegados por los demandantes para ser reparados o indemnizados.

PERJUICIO MATERIAL, entendido éste como es el menoscabo patrimonial derivado del daño causado.

Solicitan las demandantes el reconocimiento y pago de perjuicios materiales por daño emergente y por lucro cesante.

El **daño emergente**, “... consistentes en los gastos que los demandantes tuvieron que sufragar como consecuencia del hecho imputable al Estado, como lo son verbi gratia, sepultura, caja mortuoria, ..., etc., que se sobrevinieron con la muerte de la ..., observa la Sala de Decisión que tales deben liquidarse de acuerdo con las pruebas aportadas en el proceso, ... esto en el entendido que a fin de reconocerse una suma de dinero proveniente de un perjuicio ocasionado, es menester que este sea real y cierto, es decir que su materialidad esté plenamente acreditada en el proceso, ...”.⁴

Se pretende a favor de *Brayan Andrés, Kevin Felipe, Yeraldín Alejandra Gallego Quiguanas en calidad de hijos de la víctima directa, las suma de:*

\$ 2.310.000= por concepto de gastos funerarios. Se acreditó el gasto, conforme al capítulo de pruebas: Certificación de 29 de junio de 2017 signada por la gerente de servicios de La Ofrenda, donde informa que la señora Diana Karina Pineda Castro, cubrió los gastos funerarios de la señora Lisnedi Quiguanas Carreño, cuyo costo total ascendió a \$2.310.000=. Sin embargo, no quedó claro si la señora Pineda Castro canceló el gasto porque prestó el dinero como se afirma en la demanda o porque era la empleadora de la señora Lisnedi como lo exponen los testigos y los demandantes en el interrogatorio de parte, y, en ese sentido dicho pago pudo darse como consecuencia de la relación laboral que existía entre ellas.

Esa falta de claridad permite concluir que este perjuicio no se acreditó como correspondía, esto es, que el gasto sí fue realizado efectivamente por los demandantes, es decir, que el perjuicio fue real. La certeza del gasto en cabeza de los demandantes no se encuentra acreditada.

\$ 1.174.000= por concepto de honorarios por peritaje médico pagados a la doctora Andrea María Suárez Mendoza.

Si bien se encuentra acreditado que el dictamen fue rendido y sustentado, no así el valor señalado como costo del mismo, razón por la cual, sobre este perjuicio habrá de condenarse en abstracto, lo que implica que es a través de trámite de liquidación señalado en el artículo 193 del CPACA que se probará dicho valor, para lo cual deberá acompañarse

4 Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección tercera. Subsección B. C.P: Ramiro Pazos Guerrero. Radicado: 7600123310002000800290 01 (41705).

prueba idónea del pago de los honorarios referidos por la parte demandante, so pena de la consecuencia indicada en la misma norma.

Por **lucro cesante**, considerado como el beneficio económico que la víctima deja de percibir como consecuencia del daño.

Se solicita en la demanda:

\$ 1.641.714= por lucro cesante acumulado **para la sucesión** de la señora **Lisnedi Quiguanas Carreño**, se solicita por salarios y auxilio de transporte dejados de percibir durante el tiempo que estuvo incapacitada para trabajar por enfermedad, cirugía, hospitalización y hasta la fecha de su muerte. Conforme a la prueba obrante en el proceso, la señora Quiguanas laboraba en casas de familia, al momento de su fallecimiento, pero como lo informa la demandante Yeraldin Alejandra Gallego Quiguanas, durante ese tiempo la empleadora de la señora Lisnedi siguió pagándoles el sueldo que devengaba y del mismo sobrevivieron, luego **no está probado el perjuicio cuya indemnización se pretende**.

\$ 2.462.571= por lucro cesante acumulado **para Brayan Andrés Gallego Quiguanas**, por salarios y auxilio de transporte dejados de percibir al retirarse de la empresa para prestar asistencia a su señora madre durante el tiempo que estuvo internada en la clínica Central. **Reposa** Certificación de 12 de junio de 2017 signada por líder de talento humano de la compañía BPO Consulting, donde informa que el señor Brayan Andrés Gallego Quiguanas laboró en esa compañía en cargo de Auxiliar Contable con un contrato a término indefinido desde el 21 de diciembre de 2015 hasta el 21 de marzo de 2017 y se retiró por temas familiares. Igual se menciona en el interrogatorio de parte de este demandante, sin embargo, cuando se pregunta a los otros demandantes en el interrogatorio de parte y a los testigos refieren que la señora Quiguanas Carreño también era cuidada por su hermana Ofir, por la nuera, por Kevin el hijo. La señora Ofir manifiesta que se turnaba con los sobrinos.

Si bien este documento privado emana de un tercero no fue objeto de ratificación porque no se solicitó por la contraparte.

Respecto del valor probatorio del documento, su contenido señala que Brayan Andrés se retiró por temas familiares, manifestación que puede obedecer a cualquier asunto, incluso a la situación que ocurría con su señora madre, pero lo cierto es que no está acreditado que esa fue la causa; pero, más allá del contenido del documento que dicho sea de paso no señala monto de sueldo como en efecto se expiden las certificaciones laborales, el sentido común indica que, en una situación de dificultades económicas como las que se plantea en la demanda y se narra por los testigos y los interrogados no resulta lógico renunciar a un trabajo que le permitía un ingreso de más de tres salarios mínimos legales mensuales vigentes en 2017, máxime cuando la señora Lisnedi era cuidada por su hermana, su hijo Kevin y la esposa o compañera de éste, es decir, no se acreditó que Brayan Andrés tuviera que renunciar al trabajo porque doña Lindeni no tenía quien la cuidara y él debía hacerlo.

Se itera, puede ser cierto, pero esta pretensión económica no está acreditada debidamente para ser concedida; el documento tal como está concebido no ofrece credibilidad, al menos debió aportarse desprendibles de pago, constancias de afiliación de la EPS, del fondo de pensiones, es decir, otras pruebas que dieran respaldo al documento que por sí solo no prueba el hecho que se pretende para ser indemnizado como es que renunció al trabajo para cuidar de la señora Lisnedi. **No se probó el lucro cesante en el escenario planteado**

\$ 6.275.759= por lucro cesante consolidado para **Yeraldín Alejandra Gallego Quiguanas**, **por los alimentos dejados de percibir como consecuencia de la hospitalización de su**

señora madre. Conforme con la declaración de esta demandante durante la hospitalización de la señora Quiguanas Carreño, sobrevivieron por el sueldo que la empleadora siguió pagándoles. En ese sentido, **no está probado el lucro cesante en el contexto solicitado.**

\$ 23.856.969= por lucro cesante futuro para Yeraldín Alejandra Gallego Quiguanas, por el mismo concepto desde la muerte de su señora madre hasta que cumpla los 25 años.

Sobre este particular el Consejo de Estado señala:

PERJUICIO MATERIAL - Lucro cesante / LUCRO CESANTE - Unificación jurisprudencial / LUCRO CESANTE - Por ingresos dejados de percibir por pérdida de uno de sus integrantes sobre el que se ha estabilizado la unidad y vínculos de solidaridad familiar / LUCRO CESANTE - Deben reconocerse por muerte de padre de familia que solventa gastos del hogar / LUCRO CESANTE - Debe calcularse por el aporte del padre a los hijos hasta cuando los descendientes no discapacitados cumplan 25 años / ...

...

Aplicando los criterios de liquidación del lucro cesante señalados en la jurisprudencia vigente, ...

1) Se establece la renta mensual del fallecido, destinada a la ayuda económica del grupo familiar, a partir de los ingresos mensuales devengados por aquel al momento del deceso. Los salarios no integrales se incrementan en un 25%, por concepto de prestaciones sociales. Del ingreso mensual obtenido se deduce el 25% correspondiente a los gastos personales del trabajador. El valor así calculado se actualiza con el Índice de Precios al Consumidor. El resultado final es la renta actualizada (Ra).

2) Se determina el tiempo máximo durante el cual se habría prolongado la ayuda económica al grupo familiar (Tmax). Al efecto se toma el menor valor, en meses, resultante de comparar el periodo correspondiente al miembro del grupo familiar que hubiere recibido la ayuda durante más largo tiempo, teniendo en cuenta la edad de 25 años, en la que se presume la independencia económica de los hijos no discapacitados ...

3) Con la renta actualizada (Ra) se calcula la renta destinada a la ayuda económica para el grupo familiar, dejada de percibir por el fallecido, durante el tiempo consolidado (Rc) y el tiempo futuro (Rf), aplicando las fórmulas acogidas por la jurisprudencia vigente. ...

Así, la renta destinada a la ayuda económica para el grupo familiar, dejada de percibir por el fallecido, durante el tiempo consolidado (Rc), se calcula aplicando la siguiente ecuación:

$$R_c = Ra \times (1+i)^n$$

i

Donde: i = al interés mensual legal (0,004867) y n = (Tcons).

Y la renta destinada a la ayuda económica para el grupo familiar, dejada de percibir por el fallecido durante el tiempo futuro (Rf), se calcula aplicando la siguiente ecuación:

$$R_f = Ra \times \frac{(1+i)^n - 1}{i}$$

i(1+i)n

Donde: i = al interés mensual legal (0,004867) y n = (Tfut).

...” 5

De las pruebas testimoniales y de los interrogatorios de los demandantes se desprende que la señora Lisnedi Quiguanas Carreño trabajaba en casas de familia o incluso en otras actividades que le resultaran para sobrevivir, lo cual permite inferir que brindaba lo necesario para la subsistencia de su entonces menor hija Yeraldin Alejandra, e incluso de otros miembros de su entorno familiar como la madre, la hermana y el hijo Kevin Felipe quien al momento del fallecimiento de su madre contaba con 19 años y vivía en la misma casa junto con su esposa.

5 Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección B. C.P: Stella Conto Díaz Del Castillo. Radicado: 15001-23-31-000-2000-03838-01(19146). 22 de abril de 2015.

En este contexto, es preciso realizar las siguientes consideraciones:

De la prueba testimonial y de los interrogatorios de parte se desprende que:

La señora Lisnedi era la proveedora del hogar.

Que, aunque vivía también con su madre y hermana, en ese momento la obligación directa de carácter pecuniario era con sus hijos: Yeraldín que contaba con 16 años y medio y Kevin Felipe que contaba con 19 años.

Que la pretensión del lucro cesante futuro sólo se solicitó respecto de Yeraldin Alejandra.

La situación descrita permite entonces considerar que se parte del salario mínimo, incrementado en un 25% por razón de las prestaciones sociales. De esa cantidad se descuenta el 25% que debía destinar la señora Lisnedi para su propia subsistencia, y el restante se divide en dos porciones una que en efecto se concederá a favor de Yeraldin Alejandra y el resto que correspondería a Kevin Felipe por cuanto, se itera contaba con 19 años, pero no fue reclamada sin que pueda concederse de manera oficiosa, y sin que sea permitido acrecentar la porción reclamada para Yeraldin, pues el acrecimiento se permite sólo cuando se ha reconocido y cumplida la condición -en este caso los 25 años- el beneficiario que los cumple deja de percibirlo pero acrecienta la de los que aún no cumplen la condición.

En conclusión, se accederá al reconocimiento de lucro cesante a favor de Yeraldín Alejandra Gallego Quiguanas desde el 27 de abril de 2017 y hasta el 18 de octubre de 2025 cuando cumple los 25 años, con base en un salario mínimo legal mensual vigente, incrementado en un 25% por razón de las prestaciones sociales, suma de la cual se descuenta el 25% por ciento que correspondería a la señora Lisnedi para su propia subsistencia. El restante se divide entre dos como se explicó anteriormente (el grupo familiar con obligación directa era Geraldín y Kevin, pero sólo se solicitó por Yegardín), en consecuencia, el porcentaje equivalente al 37.5% es lo que corresponde a Gerladin Alejandra Quiguanas por lucro cesante futuro

Perjuicio **INMATERIAL**, el que afecta la esfera personal, familiar y social de la víctima.

Se solicitan en la demanda en la modalidad de morales y fisiológicos o a la salud o a la vida de relación

Morales: Refiere al sufrimiento psicológico o espiritual de quien sufre un daño.

Solicitan los demandantes para:

La **sucesión** de la señora *Lisnedi Quiguanas Carreño*, víctima directa 300 s.m.l.m.v.

Brayan Andrés, Kevin Felipe, Yeraldín Alejandra Gallego Quiguanas (hijos) 300 s.m.l.m.v para cada uno;

María Carreño de Quiguanas (madre) y *Marcela Ofir Quiguanas Carreño* (hermana): 200 s.m.l.m.v, para cada una; y

Liz Alejandra Gallego Quiñonez (nieta): 100 s.m.l.m.v

En este punto, se precisa aclarar la pretensión de perjuicios morales a favor de la sucesión de la señora Lisnedi Quiguanás Carreño:

Como se indicó en precedencia, la señora Lisnedi padeció una larga y dolorosa estadía en la clínica Central del Quindío, producto de la gravedad en su salud derivada de un diagnóstico errado que la llevó a su fallecimiento, en consecuencia, no son necesarias

mayores elucubraciones sobre este particular para considerar que en efecto este perjuicio se encuentra acreditado como padecido por ella como víctima directa.

Al respecto, indica el Consejo de Estado:

PERJUICIOS MORALES - Transmisibilidad del derecho a la reparación de daños morales / PERJUICIOS INMATERIALES - Reclamación de daños morales diferentes / DAÑO MORAL - El que se produjo a los familiares del occiso como consecuencia del deceso de su familiar / DAÑO MORAL - El ocasionado directamente a la víctima antes de su muerte.

La Sala, considera que, frente a los principios informadores del derecho a la reparación integral, la transmisibilidad del derecho a la reparación de los daños morales causados a la víctima directa, es procedente, por regla general. En efecto, debe sostenerse que de conformidad con lo dicho, el derecho a la indemnización es de carácter patrimonial y por ende, la obligación indemnizatoria, se transmite a los herederos de la víctima, por tratarse de un derecho de naturaleza patrimonial, que se concreta en la facultad de exigir del responsable, la indemnización correspondiente, toda vez que en el ordenamiento jurídico colombiano no existe disposición de carácter legal expresa prohibitiva y por el contrario, la regla general, indica que todos los activos, derechos y acciones de carácter patrimonial forman parte de la masa herencial transmissible y por ende los sucesores mortis causa, reciben la herencia con íntegro su contenido patrimonial y, ya se observó, que el derecho al resarcimiento, o lo que es igual, la titularidad del crédito indemnizatorio, no se puede confundir con el derecho subjetivo de la personalidad vulnerado (...) Es de anotar que la controversia doctrinal que la Sección Tercera zanjó en esa oportunidad se refería específicamente a los perjuicios morales, pues era respecto de ellos que se sostenía que, al ser de carácter personalísimo, no podían transmitirse.(...) En esa oportunidad la Sala precisó que el perjuicio moral transmisible es aquel que, habiendo experimentado en vida la persona fallecida, le confirió el derecho a obtener una indemnización, crédito que formaba parte de su patrimonio herencial y por lo mismo sus herederos habrían de recibirlo en iguales condiciones. Adicionalmente señaló que, para la reclamación de este crédito, los demandantes en reparación directa debían acreditar dos aspectos: “la consistencia y realidad del daño moral padecido por la víctima directa, de una parte y, el título hereditario invocado, que [los] legitima en el ejercicio de la pretensión indemnizatoria para [su] reconocimiento. La Sala concluye que, habiéndose acreditado que los demandantes tienen, en los términos del artículo 1045 del Código Civil, vocación hereditaria, estos se encontrarían legitimados para reclamar, en nombre de la sucesión de John Jather Giraldo Muriel –dentro del respectivo proceso de naturaleza civil-, la indemnización de los perjuicios materiales e inmateriales que aquel hubiere presuntamente sufrido como consecuencia del hecho dañoso. A juicio de la Sala, resulta impreciso lo considerado por el Tribunal, pues si bien a los demandantes les fue reconocida una indemnización por concepto de perjuicios morales derivada de la muerte de su ser querido, lo cierto es que el perjuicio inmaterial reclamado a favor de la sucesión sobreviene de una situación particular que el recluso debió afrontar cuando aún se encontraba con vida, hecho que en todo caso deviene a la imputación realizada por “las fallas en que incurrió la entidad demandada, [que] impidieron la práctica del procedimiento adecuado para la enfermedad que sufría el paciente, siendo ello precisamente lo que condujo a su muerte, por choque séptico, falla orgánica multisistémica, y meningo encefalitis”. En ese sentido, debe entenderse que a partir del hecho dañoso por el que fue declarada administrativamente responsable la entidad accionada, los demandantes se encuentran reclamando por dos tipos de daños morales distintos, el que se le produjo a consecuencia del deceso de su familiar, que ya fue reconocido, y el ocasionado directamente a su causante antes de su muerte. (...) para la Sala es innegable que el recluso debió sufrir un menoscabo moral considerable a partir del hecho de sentirse gravemente enfermo por varios días y no poder acceder a una atención médica adecuada, ora porque no existían las herramientas para el efecto en el penal donde se encontraba recluso, ora porque no era convincente a los ojos de los guardias la grave sintomatología que padecía. Por este motivo, y habiéndose determinado la procedencia de la transmisibilidad del derecho a la reparación de perjuicios, la Sala estima prudente, según las particularidades del caso, reconocer una indemnización a favor de John Jather Giraldo Muriel de su sucesión-, por concepto de perjuicios morales, en el monto equivalente a cincuenta (50) S.M.L.M.V. 6

Ahora bien, para establecer la cuantía de los perjuicios morales es necesario acudir a la sentencia de unificación del Consejo de Estado de 28 de agosto de 2014:

REPARACIÓN DEL DAÑO MORAL EN CASO DE MUERTE REGLA GENERAL.

Porcentajes y equivalencias en salarios mínimos.

6 Consejo de Estado. Sala de lo Contencioso Administrativo. Sección Tercera. Subsección B. C.P: Danielo Rojas Betancourth. Radicado: 05001-23-31-000-2006-01559-01(38635). 29 de enero de 2016.

NIVEL 1 Relaciones afectivas conyugales y paterno- filiales 100% Equivalencia en salarios mínimos 100

NIVEL 2 Relación afectiva del 2° de consanguinidad o civil (abuelos, hermanos y nietos) Porcentaje 50% Equivalencia en salarios mínimos 50

NIVEL 3 Relación afectiva del 3° de consanguinidad o civil Porcentaje 35% Equivalencia en salarios mínimos 35

NIVEL 4 Relación afectiva del 4° de consanguinidad o civil Porcentaje 25% Equivalencia en salarios mínimos 25

NIVEL 5 Relaciones afectivas no familiares - terceros damnificados Porcentaje 15% Equivalencia en salarios mínimos 15.

Para los niveles 1 y 2 se requerirá la prueba del estado civil o de la convivencia de los compañeros. Para los niveles 3 y 4, además, se requerirá la prueba de la relación afectiva. Para el nivel 5 deberá ser probada la relación afectiva.

De cara a lo indicado, y atendiendo los registros civiles de nacimiento relacionados en el capítulo de pruebas, se encuentra acreditado en el proceso el parentesco entre la señora Lisnedi con sus hijos, madre, hermana y nieta.

Con esta información es posible concluir respecto de los **perjuicios morales** que:

La menor **Liz Alejandra Gallego Quiñonez** nieta de la señora Lisnedi, **no tiene derecho** al reconocimiento de perjuicios, por cuanto, la niña nació el 19 de octubre de 2017, es decir, más de cinco meses después de haber fallecido la señora Lisnedi, por lo tanto, no se alcanzó a generar el lazo filial, afectivo, emocional que supone la convivencia, el contacto, el cuidado, el diario vivir y por lo mismo la menor no sintió dolor por la ausencia de la abuela. Respecto de esta demandante, la presunción del perjuicio moral se desvirtuó.

Se **condenará** al pago de perjuicios morales a favor de los demás demandantes así:
Para la sucesión de la señora Lisnedi Quiguanás Carreño -víctima directa: 100 s.m.l.m.v

Para Brayan Andrés Gallego Quiguanás- hijo: 100 s.m.l.m.v

Para Kevin Felipe Gallego Quiguanás- hijo: 100 s.m.l.m.v

Para Geraldin Alejandra Gallego Quiguanás- hija: 100 s.m.l.m.v

Para María Carreño- madre: 100 s.m.l.m.v

Para Marcela Ofir Quiguanás Carreño- hermana: 50 s.m.l.m.v

Se aclara que no se atienden las cantidades pretendidas toda vez que no se advierten probadas condiciones de excepción consignadas en la sentencia de unificación referida líneas atrás como graves violaciones a derechos humanos, o en caso de lesiones intensas y graves afectaciones a la salud que requieran de ese mayor valor para que la reparación sea efectiva, entre otras, que en todo caso requieren de una consideración extraordinaria del juzgador que justifique la excepción.

Perjuicios fisiológicos o a la salud o a la vida de relación: El perjuicio fisiológico se engloba en el concepto de daño a la salud y el perjuicio a la vida de relación se cimienta en

las repercusiones que el daño genera en las relaciones familiares y sociales y que son diferentes al daño moral. No se presumen, deben estar debidamente acreditados de manera autónoma o independiente, se itera, de los perjuicios morales.

Siendo ello así, en el caso de ahora, claramente no se acreditaron estos perjuicios, pues los testimonios y los interrogatorios de parte dan cuenta del dolor y la aflicción propia de los demandantes frente a la muerte de la señora Lisnedi, sin embargo, ninguna otra situación diferente que afecte la salud psicofísica de ellos se refirió, ni se demostró con otros medios probatorios. Significa esto que, las afectaciones probadas quedaron inmersas en los perjuicios morales ya reconocidos.

*En consecuencia, se **denegará** la pretensión de perjuicios fisiológicos o a la salud y/o a la vida de relación.*

DE LA RESPONSABILIDAD DE LAS LLAMADAS EN GARANTÍA

La **Previsora compañía de seguros S.A**, llamada en garantía por la demandada *Red Salud Armenia, Q*:

Se hace remisión a las consideraciones y conclusiones efectuadas en el capítulo **tesis del despacho** al desarrollar el estudio del DAÑO como primer elemento constitutivo de responsabilidad patrimonial. Se dijo entonces que, no se acreditó la existencia de hecho: acción u omisión en la atención prestada en el hospital del Sur de Armenia, Q, a la señora Lisnedi Quiguanas Carreño que condujera a daño alguno.

Consecuente con lo cual, habrá de exonerarse de responsabilidad patrimonial a la demanda Red Salud Armenia, Q, y por ende la llamada en garantía corre la misma suerte del llamante.

Doctora **María Helena Gaitán Buitrago**, llamada en garantía por la demandada *clínica Central del Quindío*:

Se extrapola las consideraciones y conclusiones efectuadas en el capítulo **tesis del despacho** al desarrollar el estudio del DAÑO como primer elemento constitutivo de responsabilidad patrimonial, donde se infirió que no se encuentra acreditado en la actuación surtida por la doctora Gaitán Buitrago un hecho representado en una acción u omisión que condujera al daño. Corolario, no está llamada a responder por la responsabilidad patrimonial que le asiste a la clínica Central del Quindío.

Allianz seguros S. A, llamada en garantía por la demandada clínica Central del Quindío.

Llamamiento que se hace por razón de la póliza No. **021932799/0** de responsabilidad extracontractual frente a terceros, con cobertura vigente para el momento de los hechos que originaron la demanda.

Señala la llamada que la modalidad de la póliza es Claims Made, lo que implica que, aun cuando los hechos ocurrieran dentro de la vigencia de la póliza, la primera reclamación con ocasión de los hechos objeto de litis también debe producirse dentro del período de vigencia de la referida póliza y en ese sentido la audiencia de conciliación extrajudicial se celebró el 30 de julio de 2020, por lo cual señala, la póliza no tiene cobertura temporal.

No obstante, se advierte que, con la contestación de excepciones, la clínica se opone a la excepción de *inexistencia de cobertura y consecuentemente de obligación indemnizatoria dada la modalidad temporal (claims made) suscrita en la póliza de responsabilidad civil clínicas y hospitales no. 021932799*, por cuanto el contrato de seguros que tiene la clínica con la aseguradora es desde el 2016, pero fue renovado a través de la póliza **22095175/0** de fecha 20 de mayo del año 2017 hasta el 19 de mayo de 2018, y esta a su vez se renovó con la póliza **022274422/0** de fecha 20 de mayo del año 2018 hasta el 19 de mayo de 2019. Y aporta como pruebas las referidas pólizas.

Además, se aclara que la fecha de conciliación extrajudicial se celebró el 12 de octubre de 2018 y no el 30 de julio de 2020 como lo afirma Allianz.

En primer término, es preciso decir, que en efecto la conciliación extrajudicial se llevó a cabo el 12 de octubre de 2018, como se evidencia a folios **138-140** del archivo 01DemandaAnexos OneDrive.

Conforme con lo anterior, las pólizas allegadas son prueba idónea de la cobertura temporal del contrato de seguro.

Señalan las referidas pólizas:

Interés asegurado

Indemnizar los perjuicios que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad civil profesional en que incurra con relación a terceros, de acuerdo con la ley a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestado dentro de los predios asegurados.

...

Actividad del cliente

Prestación de servicios médicos

...

Cobertura básica.

Responsabilidad civil profesional.

Amparo.

1. La responsabilidad civil profesional del ASEGURADO por los perjuicios causados a terceros a consecuencia de un servicio médico, quirúrgico, dental, de enfermería, laboratorio, o asimilados, prestados durante la misma vigencia dentro de los predios asegurados.

Esta cobertura incluye la responsabilidad civil imputable al ASEGURADO como consecuencia de las acciones y omisiones profesionales, cometidos por personal médico, paramédico, médico auxiliar, farmacéuta, laboratorista, de enfermería o asimilados, bajo relación laboral con el ASEGURADO o autorizados por este para trabajar en sus instalaciones mediante convenio especial, en el ejercicio de sus actividades al servicio del mismo.

...

De la transcripción parcial se desprende sin lugar a duda que, Allianz seguros S. A, si está llamada a responder por su llamante conforme al contrato de seguro consignado en las pólizas, respondiendo hasta la cobertura o límite asegurado, no sobra decir, que, en caso de que dicho límite se encuentre superado por otras coberturas realizadas, la clínica Central del Quindío responderá por el excedente o la totalidad de la condena.

Para recapitular

Se declarará administrativa y patrimonialmente responsable a la clínica Central del Quindío por:

Los perjuicios MORALES ocasionados a los demandantes **excepto** para la menor Liz Alejandra Gallego Quiñonez, quien no acreditó el perjuicio.

Los perjuicios MATERIALES en la modalidad de **lucro cesante futuro** para la demandante Yeraldin Alejandra Gallego Quiguanas, desde la fecha del fallecimiento de la señora Lisnedi Quiguanas y hasta que aquella cumpla 25 años.

Y en la modalidad de **daño emergente**, la suma que resulte probada en trámite incidental, como pago por la realización del dictamen pericial rendido y sustentado por la doctora *Andrea María Suárez Mendoza*.

La aseguradora Allianz seguros S. A, responderá hasta el valor del límite asegurado por la clínica Central del Quindío.

COSTAS.

Las costas corresponden a los gastos que resulten acreditados en el proceso.

En el proceso contencioso administrativo, atendiendo el criterio objetivo valorativo no basta que una parte sea vencida en juicio para disponer sobre costas en su contra, sino que además es necesario que éstas resulten debidamente acreditadas.

Siendo ello así, la parte demandante no acreditó gasto distinto al de notificación de la demanda a las demandadas. Se dispone liquidar las costas por Secretaría.

La llamada en garantía, Dra. María Helena Gaitán Buitrago, no acreditó gasto alguno durante el proceso. Se deniega la pretensión de costas.

En mérito de lo expuesto, el Juzgado Cuarto Administrativo del circuito de Armenia, Q, administrando justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la ley,

FALLA

PRIMERO: Declarar probada la excepción de **ausencia de falla generadora del daño**, propuesta por el demandado Red Salud Armenia, Q, de acuerdo con las respectivas consideraciones de esta sentencia.

SEGUNDO: Declarar probada la excepción de **cumplimiento de la lex artis**, propuesta por la llamada en garantía Dra. María Helena Gaitán Buitrago, conforme con lo explicado en correspondiente considerando de esta providencia

TERCERO: Como consecuencia de las declaraciones anteriores, **exonerar** de responsabilidad patrimonial a Red Salud Armenia, Quindío, y a la Dra. María Helena Gaitán Buitrago; como corolario, **exonerar** de responsabilidad patrimonial a la Previsora seguros S. A, llamada en garantía por Red Salud Armenia, Quindío.

CUARTO: Declarar administrativa y patrimonialmente responsable a la clínica Central del Quindío, por los perjuicios ocasionados a los demandantes Brayan Andrés Gallego Quiguanas, Kevin Felipe Gallego Quiguanas, Geraldin Alejandra Gallego Quiguanas, María Carreño, Ofir Quiguanas Carreño y para la sucesión de la señora Ofir Quiguanas Carreño.

QUINTO: Condenar a la clínica Central del Quindío a pagar a los demandantes relacionados en el numeral anterior, por los siguientes conceptos y sumas equivalentes a salaros mínimos legales mensuales vigentes:

Por perjuicios morales:

Para la sucesión de la señora Lisnedi Quiguanas Carreño -victima directa: 100 s.m.l.m.v

Para Brayan Andrés Gallego Quiguanas- hijo: 100 s.m.l.m.v

Para Kevin Felipe Gallego Quiguanas- hijo: 100 s.m.l.m.v

Para Geraldin Alejandra Gallego Quiguanas- hija: 100 s.m.l.m.v

Para María Carreño- madre: 100 s.m.l.m.v

Para Marcela Ofir Quiguanás Carreño- hermana: 50 s.m.l.m.v

Por perjuicios materiales

Daño emergente

La suma que se acredite por pago del dictamen rendido y sustentado por la perita, doctora **Andrea María Suárez Mendoza** en trámite de liquidación señalado en el artículo 193 del CPACA como se indicó en el correspondiente fundamento de esta sentencia.

Lucro cesante futuro a favor de Geraldin Alejandra Gallego Quiguanas:

Se reconoce a partir del 27 de abril de 2017 y hasta el 18 de octubre de 2025 cuando cumple los 25 años. Se liquida en la forma y con la fórmula indicada en la correspondiente parte motiva.

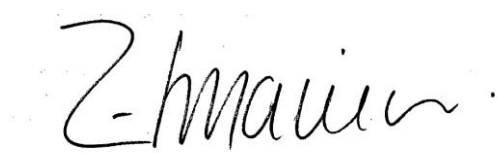
SEXTO: Condenar a la llamada en garantía **Allianz seguros S. A**, a responder por la clínica Central del Quindío, hasta la cobertura o límite asegurado, en los términos señalados en los apartes respectivos de esta providencia.

SÉPTIMO: Denegar las demás pretensiones de la demanda conforme a los razonamientos expuestos en la parte motiva de esta providencia.

OCTAVO: Dese cumplimiento a esta sentencia en los términos de los artículos 187 inciso 4, 192 y 195 del C.P.A.C.A.

NOVENO La comunicación con el despacho se surtirá a través de la plataforma SAMAI – ventanilla de atención virtual – solicitudes y otros servicios en línea - opción memoriales y/o escritos: Enlace Ventanilla

NOTIFÍQUESE



Zulma Liliana Marín Moreno

Juez