



REPÚBLICA DE COLOMBIA
RAMA JUDICIAL DEL PODER PÚBLICO
JUZGADO NOVENO ADMINISTRATIVO DE POPAYÁN
jadmin09ppn@cendoj.ramajudicial.gov.co

Popayán, dieciséis (16) de septiembre de dos mil veinticuatro (2024)

EXPEDIENTE:	19001-33-33-009-2018-004-00
DEMANDANTE	SEGUNDO FREDY JIMENEZ CARVAJAL Y OTROS
DEMANDADOS:	HOSPITAL NIVEL I EL BORDO E.S.E. Y HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.
MEDIO DE CONTROL:	REPARACION DIRECTA

SENTENCIA N° 145

Agotadas todas las etapas previstas, sin que se observen causales de nulidad y cumplidos los presupuestos procesales de la acción, pasa el despacho a proferir sentencia de primera instancia, dentro del proceso referido.

I. ANTECEDENTES.

1.1.- La demanda.

El señor SEGUNDO FREDY JIMENEZ CARVAJAL y otros, solicitan el reconocimiento y pago de los daños y perjuicios ocasionados por la atención médica brindada al menor CRISTIAN ALEJANDRO JIMENEZ durante los días 08 al 13 de octubre del año 2.015, fecha en que se produjo su fallecimiento.

1.1.1 Pretensiones (fl 77 y ss, archivo 1 Cdno Ppal)

Como consecuencia de lo anterior, solicitan que se condene al pago de las indemnizaciones correspondiente a: i) perjuicios morales; ii) daño a la salud; iii) alteración grave de las condiciones de existencia; iv) pérdida de chance y oportunidad y vi) daño al proyecto de vida, en un valor equivalente a CIEN SALARIOS MINIMOS LEGALES MENSUALES VIGENTES (100 SMLMV) por cada uno de tales conceptos y para cada uno de los accionantes o en su defecto, el valor que jurisprudencialmente se haya determinado al respecto por parte del H. Consejo de Estado.

- Perjuicios materiales, reclamados en favor del núcleo familiar del menor CRISTIAN ALEJANDRO JIMENEZ ORTEGA (q.e.p.d):
 - Por concepto lucro cesante, la suma de ciento cuarenta y nueve millones ocho mil cuatrocientos cinco pesos con cuarenta y siete centavos (\$ 149.008.405, 47) causados en razón del salario

mínimo legal mensual vigente al momento del deceso del menor y hasta su expectativa probable de vida, calculado a partir de que el menor fallecido hubiese cumplido los 15 años de edad. En su defecto de conformidad con los criterios legales y jurisprudenciales aplicables.

- Igualmente se solicita la actualización de la condena y el cumplimiento de la sentencia en los términos de los artículos 192 y 195 del CPACA, con el consecuente pago de costas y agencias en derecho.

1.1.2 Hechos

El menor CRISTIAN ALEJANDRO JIMENEZ ORTEGA (q.e.p.d) para el día 13 de octubre de 2015 contaba con 10 años de edad y se encontraba afiliado en calidad de beneficiario del sistema subsidiado de salud de la entidad ASMET SALUD.

Residía, junto con su grupo familiar en el municipio del Patía, Cauca, que para la época estaba catalogado como zona endémica para la proliferación del virus del Dengue.¹

El 8 de octubre de 2015, fue atendido en el Hospital Nivel I El Bordo E.S.E., con un cuadro de dos días de dolor en el lado izquierdo de su cuello, fiebre, malestar, sin vómito.

Fue tratado con los medicamentos Dipirona², Acetaminofén, Diclofenaco Sódico y Naproxeno, y ante mejoría del paciente, se ordenó su alta a las 11:35 horas de la misma fecha, con receta médica y recomendaciones generales.

El 9 de octubre de 2015, el menor presentó nuevamente dolor en el hombro izquierdo, dolor en el cuello de más o menos 3 días de evolución y fiebre.

Sus padres decidieron consultar a la entidad privada de salud -Labor Médica IPS Valle del Patía SAS-, y fue diagnosticado con síndrome febril a estudio, infección de vías urinaria a estudio, cervicalgia³ a estudio.

Después de revisar los exámenes paraclínicos realizados por la Bacterióloga se le recetó el suministro de algunos medicamentos y se dio de alta al paciente en la misma fecha.

El 11 de octubre de 2015, a las 18:48 horas, el menor ingresa al Hospital Nivel I El Bordo E.S.E., presentando un cuadro clínico de cuarto días de

¹ □ El dengue es una infección vírica que se transmite al ser humano por la picadura de mosquitos infectados. (...) En la actualidad, cerca de la mitad de la población mundial corre riesgo de contraerlo y cada año se producen entre 100 y 400 millones de infecciones.(...) El dengue se presenta en los climas tropicales y subtropicales de todo el planeta, sobre todo en las zonas urbanas y semiurbanas.(...) Aunque muchas infecciones por el virus del dengue son asintomáticas o provocan cuadros leves, en ocasiones se dan casos graves, e incluso mortales.(...) La prevención y control del dengue se basan en el control de sus vectores. **No hay un tratamiento específico para el dengue y el dengue grave, pero la detección precoz y el acceso a una atención médica adecuada reducen en gran medida las tasas de letalidad del dengue grave.** <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

² Metamizol: Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) derivado de la pirazolona. Como tal, inhibe la síntesis de las prostaglandinas. También llamado dipirona: agente antiinflamatorio, analgésico y antitérmico no narcótico. <https://www.aeped.es/comite-medicamentos/pediamecum/metamizol>

³ La cervicalgia es el dolor que afecta a la nuca y las vértebras cervicales y que puede extenderse al cuello, la cabeza o a las extremidades superiores. <https://www.neurocirugiaequipodelatorre.es/cervicalgia-por-que-se-produce-sintomas-y-tratamiento>

evolución, caracterizado por dolor abdominal a nivel de región de mesogastrio⁴ y fiebre.

El médico de turno ordenó Hemograma y Leucograma para definir conducta, los cuales fueron realizados después de 14 horas desde su ingreso⁵, y arrojaron alteraciones por Leucopenia,⁶ plaquetopenia⁷, alzas térmicas cuantificables en 38,2 y persistencia de epigastralgia⁸

Posteriormente el medico de turno, ordenó la toma de laboratorios denominado dengue anticuerpos IGG y dengue anticuerpos IGM, los cuales no fueron realizados debido a la falta de reactivos en la institución. Pese a ello, se estableció la persistencia en el descenso de plaquetas, con respecto a las establecidas a la hora de ingreso a la institución.

Atendiendo la sintomatología presentada y los signos de alarma, se catalogó su caso como urgencia vital, y se ordenó el traslado del paciente a un centro asistencial de mayor nivel de atención para valoración especializada por Pediatría. El 12 de octubre de 2015, a las 8.38 horas, es remitido a la ciudad de Popayán.

El 12 de octubre de 2015, a las 10:43 horas se ingresa el paciente al área de urgencias del Hospital Susana López de Valencia de Popayán, y fue valorado por pediatría. Ante los signos de fuga capilar (Derrame pleural⁹) y disfunción orgánica (Disfunción hepática¹⁰, hepatitis¹¹ y cuagulopatía¹²), sin signos de sangrado, en su quinto día de enfermedad, con impresión diagnóstica como dengue grave¹³, se lo internó en la unidad de cuidado intensivo- UCI.

El 13 de octubre de 2015 a las 00:49 la UCI de la IPS, diagnosticó al paciente en estado crítico por complicación de la sintomatología, estado general de salud regular, y altísimo riesgo de choque, descompensación hemodinámica y morbimortalidad.

⁴ Pliegue del peritoneo que conecta el estómago con la pared dorsal de la cavidad abdominal. <https://dicciomed.usal.es/palabra/mesogastrio/>

⁵ Al parecer a las 8:48 am del día 12 de octubre de 2015

⁶ La leucopenia es una disminución en el número de glóbulos blancos (leucocitos) en la sangre. Los glóbulos blancos son los que protegen al cuerpo de infecciones y enfermedades. La leucopenia puede debilitar el sistema inmunológico y hacer que una persona sea más susceptible a infecciones y enfermedades. <https://blog.oncosalud.pe/leucopenia>

⁷ Cuando las plaquetas descienden por debajo de los valores normales se denomina Trombocitopenia o Plaquetopenia, <https://www.sap.org.ar/comunidad-novedad.php?codigo=280>

⁸ Se define la epigastralgia como **dolor en epigastrio**, siendo ésta la región situada en la parte anterior, superior y central del abdomen. <http://www.medynet.com/usuarios/jraquilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/epigas.p df>

⁹ Es una acumulación de líquido entre las capas de tejido que recubren los pulmones y la cavidad torácica. <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000086.htm>

¹⁰ La insuficiencia hepática o fallo hepático es la incapacidad del hígado para llevar a cabo su función sintética muy brusco o "hiperagudo" (en horas), agudo, (en días), subagudo (en semanas o meses) o crónico (en meses o años).

<https://www.fesemi.org/informacion-pacientes/conozca-mejor-su-enfermedad/insuficiencia-hepatica>

¹¹ La hepatitis es la inflamación del hígado. <https://medlineplus.gov/spanish/>

¹² Enfermedad que consiste en un trastorno del sistema de la coagulación que funciona deficientemente (hipocoagulabilidades congénitas, como la hemofilia o la enfermedad de Von Willebrand; hipocoagulabilidades adquiridas, como la falta de síntesis de factores de coagulación; presencia de anticoagulantes circulantes; exceso de consumo de factores o hiperdestrucción) o en exceso (trombosis e hipercoagulabilidad). <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/coagulopatias>

¹³ El dengue grave puede causar un estado de choque, hemorragia interna y la muerte <https://www.cdc.gov/denque/es/signs-symptoms/sintomas-del-dengue-y-pruebas-de-deteccion.html>

Siendo la 11:13 de la misma fecha, el menor Cristian Alejandro Jiménez Ortega, presento un paro¹⁴, el cual pese a maniobras de reanimación, desencadenó en su deceso, por falla multiorgánica¹⁵,

Afirma que las omisiones por parte del HOSPITAL NIVEL I, EL BORDO E.S.E. y el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA DE POPAYAN han generado graves y profundos perjuicios morales, fisiológicos o a la vida de relación, perdida de oportunidad y patrimoniales a los accionantes.

1.2 Oposición:

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. (fls 128, archivo 1 Cdno Ppal)

Se opuso a las pretensiones de la demanda, por cuanto no se vislumbran los elementos que imperativamente deben reunirse para predicar la responsabilidad que pretende atribuirse a la entidad, en tanto que, la atención médica prestada al menor CRISTIAN ALEJANDRO JIMENEZ ORTEGA (q.e.p.d.) fue adecuada, idónea, oportuna y justificable, según la gravedad con que fue remitido por parte del Hospital Nivel I del Bordo – Patía.

Se puedo establecer que el paciente llegó a la institución luego de cuatro días de evolución de síntomas muy compatibles con dengue, y luego de diferentes exámenes paraclínicos e imagenológicos, ameritó su hospitalización en UMI UCIP CUIDADO INTENSIVO para iniciar plan de manejo para su adecuada atención, acorde con la patología diagnosticada como dengue grave, advirtiendo a su vez a los familiares respecto del alto riesgo de morbilidad del menor por su estado crítico.

El 13 de octubre de 2015 se produjo el deceso del menor debido a lo avanzado de la enfermedad, que determinó falla multiorgánica que produjo el fatal desenlace pese haberse dispensado la atención acorde con la patología y estado de salud del paciente.

Observa que si bien, se alega la producción del daño por el fallecimiento del menor, el mismo no es antijurídico, ni atribuible a la entidad, por cuanto la atención se prestó de manera oportuna, no se negó la prestación del servicio al menor fallecido, por tanto, el Hospital no ha incurrido en omisión y los perjuicios deprecados no son consecuencia del servicio prestado, al no existir un nexo de causalidad entre el daño sufrido por los accionantes y el actuar de la entidad en la prestación del servicio médico.

Señala que en virtud de la falla probada en la prestación del servicio de salud, correspondía a la parte actora demostrar la configuración de los elementos de responsabilidad en el presente caso, situación que no se ha dado, y que por tanto las aseveraciones del actor respecto de la falla

¹⁴ El paro cardíaco, también conocido como paro cardíaco repentino o súbito, es una afección en la que el corazón deja de latir en forma repentina. <https://medlineplus.gov/spanish/suddencardiacarrest.html>

¹⁵ Insuficiencia grave, reversible o no, de más de un sistema orgánico vital (p. ej., función renal, función hepática, función pulmonar, función cerebral, función cardíaca). Se produce en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, casi siempre por la repercusión sistémica de una infección grave, traumatismo o enfermedad multisistémica. Ordinariamente, requiere tratamiento intensivo con respiración artificial, drogas vasoactivas y/o diálisis, debido a la alta mortalidad que se registra en esta clase de procesos. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/fallo-multiorganico>

alegada en contra de la entidad, son apreciaciones subjetivas, desvirtuadas con la historia clínica del paciente, razón para sostener que debe exonerarse de responsabilidad al Hospital Susana López de Valencia.

Propuso las excepciones de i) Falta de legitimidad en la causa por pasiva; ii) inexistencia de responsabilidad por ausencia de falla en el servicio en cumplimiento de obligaciones a cargo del hospital Susana López de Valencia; iii) Inexistencia de nexo causal; iv) presencia de causa extraña, fuerza mayor- caso fortuito.

HOSPITAL NIVEL I, EL BORDO E.S.E. (fl 262, archivo1 Cdno Ppal)

Se opone a las pretensiones de los accionantes al considerar que al menor se le dispensaron todos los medios científicos y asistenciales necesarios para propender por el restablecimiento de su salud, sin embargo el restablecimiento dependía, en gran medida, de sus condiciones físicas y respuesta a los tratamientos y procedimientos realizados.

Respecto de la atención institucional brindada al paciente, indica que se dispensó en dos momentos, la primera el 8 de octubre de 2015 y la otra dispensada entre el 11 y 12 de octubre de 2015.

Para el 8 de octubre de 2015, la sintomatología evidenciada en el menor no permitía considerar el dengue como diagnóstico, por el contrario, los síntomas presentados se asociaron a una infección causada por adenovirus, frente a la cual se le brindó tratamiento con analgésicos, entre ellos dipirona, logrando la mejoría en el paciente, y que fuera dado de alta en la misma fecha. Con todo, la madre del paciente recibió las recomendaciones pertinentes, por si el menor presentaba variación en los síntomas.

El paciente reingresó a la institución dos días después, sin síntomas que pudieran asociarse a dengue, pese a ello, se brindó la atención necesaria, diligente y cuidadosa, procurando salvaguardar su integridad.

Consideró que no se acredita que el daño sea imputable a la entidad hospitalaria, tampoco se evidencia un argumento sólido que permita deducir el nexo de causalidad entre la muerte del menor y el proceder médico de la entidad, para establecer su responsabilidad por falla en el servicio médico.

Como excepciones propuso: i) inexistencia del nexo causal y responsabilidad de la demandada empresa social del estado HOSPITAL NIVEL I EL BORDO; ii) Inexistencia de falla en el servicio; iii), hecho de la víctima y iv) la innominada o genérica.

SEGUROS DEL ESTADO S.A. (Archivo 06, Cdno Llamado en Garantía)

Se opuso a las pretensiones de la demanda, por cuanto no se demostró la responsabilidad que se le atribuye a la E.S.E HOSPITAL NIVEL I EL BORDO, por la presunta negligencia médica.

De lo evidenciado en la respectiva historia clínica y demás documentos obrantes en el expediente, se pudo concluir que al paciente se le brindó una atención oportuna y acorde los síntomas presentados y al nivel de atención del centro de salud.

Propuso como excepciones las denominadas como i) genérica; ii) ausencia de responsabilidad de la ESE Hospital Nivel I, El Bordo; iii). Inexistencia de nexo causal; iii) exoneración de culpa por cumplimiento de obligación de medio.

En relación con las pretensiones del llamamiento en garantía, precisa que, en relación con los amparos de la póliza N°40-03-101003017: i) se encuentra excluidos: a) los siniestros de lucro cesante y reclamaciones por daños morales; b) los perjuicios extrapatrimoniales tales como, daños a la vida de relación, alteración de las condiciones de existencia, en cumplimiento de lo preceptuado por el artículo 1127 del Código de Comercio¹⁶; ii) sólo se cubre la indemnización hasta agotarse el valor total de la suma de aseguramiento contratado en los términos del artículo 1079 del código de comercio¹⁷; iii) El pago de los siniestros se realizará previa deducción del 15%, respecto del valor amparado en la póliza, siempre que el valor de la condena sea superior a 5 SMLMV

ASOCIACIÓN SINDICAL DE MÉDICOS DEL CAUCA - ASOMED (Archivo 11 Cdno. Llamado en Garantía.)

Se opone a las pretensiones de la demanda, manifestando que el personal médico asociado que prestaba el servicio asistencial para la entidad accionada, cumplió con los deberes legales y protocolarios a su alcance, pero el desenlace fatal fue consecuencia directa del grave estado de salud que presentaba el paciente al momento de ingresar a la institución hospitalaria.

De acuerdo a lo consignado en el historial clínico del paciente, se observa que el menor Cristian Alejandro Jiménez Ortega, evidenciaba un estado de crítico de salud con alto riesgo de morbilidad cuando ingresó al Hospital Susana López de Valencia, pues según los exámenes de diagnóstico practicados, se pudo definir que padecía del virus de dengue que obligó su ingreso a la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrica.

Pese a que se le dispensó atención médica oportuna, las difíciles condiciones físicas del paciente, desencadenaron en un estado hemorrágico de la enfermedad que produjeron una falla multiorgánica, y la causa inevitable del deceso.

Se consideró que el deceso del menor, no se produjo por causa imputable al personal médico asistencial de la institución, sino a una de las manifestaciones más graves de la enfermedad, la cual fue

¹⁶ El artículo 1127 del Código de Comercio reza lo siguiente: "El seguro de responsabilidad impone a cargo del asegurador la obligación de indemnizar los perjuicios patrimoniales que cause el asegurado con motivo de determinada responsabilidad en que incurra de acuerdo con la ley y tiene como propósito el resarcimiento de la víctima, la cual, en tal virtud, se constituye en el beneficiario de la indemnización, sin perjuicio de las prestaciones que se le reconozcan al asegurado. Son asegurables la responsabilidad contractual y la extracontractual, al igual que la culpa grave, con la restricción indicada en el artículo 1055" (Subrayado fuera de texto)

¹⁷ Artículo 1079 que "el asegurador no estará obligado a responder sino hasta la suma asegurada, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del artículo 1074"

debidamente diagnosticada y tratada de conformidad con las guías expedidas por el Ministerio de Salud.

Formuló como excepciones: i) Inexistencia de nexo causal y responsabilidad por parte de ASOMED y HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA; ii) Inexistencia de falla en el servicio; iii) falta de elementos esenciales que acrediten los perjuicios tanto materiales como morales, lucro cesante, y daño emergente; iv) Falta de elementos esenciales probatorios que acrediten las causas y responsabilidad del hecho objeto de la presente demanda y v) la innominada.

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS, (Archivo 12, Cdno. Llamado en Garantía)

Argumenta que el extremo demandante no cumplió la carga probatoria consagrada en el artículo 167 del CGP, para acreditar los fundamentos facticos de las pretensiones que reclama. Por lo tanto, se opuso a la eventual declaratoria de responsabilidad del amparado Hospital Susana López de Valencia E.S.E., debido a que, contrario a lo afirmado por el extremo demandante, la causa eficiente y determinante del daño no es atribuible dicha entidad.

Estimó que el obrar de la madre del menor, incidió de manera determinante, en la falta de atención médica, al desatender las recomendaciones de acudir al hospital de la localidad, si los síntomas persistían. En su lugar acudió a una IPS particular el día 9 de octubre de 2015, dificultando con ello, el correcto seguimiento y monitoreo de la salud del menor en la institución de salud pública.

Luego de 3 días de evolución, el paciente reingresó a la entidad hospitalaria, con un cuadro agudo de síntomas que fueron deteriorando su estado de salud hasta el desenlace fatal.

Precisó que no existe ningún medio probatorio que acredite la intervención institucional como causa eficiente para la concreción del daño, tal como se puede confrontar con las historias clínicas arribadas. Los actos médicos desarrollados por el personal que trató al menor se ajustaron a los protocolos exigidos para este tipo de eventos médicos, y se le brindaron los servicios que requería según la sintomatología que presentaba.

De acuerdo a esta argumentación, consideró la falta de estructuración del daño imputable al Hospital Susana López de Valencia E.S.E. oponiéndose a todas las pretensiones de la demanda.

Presentó como excepciones; i) inexistencia de responsabilidad atribuida al Hospital Susana López de Valencia E.S.E. por la falta de acreditación probatoria de los elementos estructurales de la responsabilidad; ii) cumplimiento a todos los reglamentos, lex artis y prestación del servicio médico asistencial en forma oportuna, perita y diligente; iii) culpa exclusiva y determinante de un tercero como eximente de responsabilidad; v) concurrencia de culpas; vi) enriquecimiento sin causa y vii) la genérica o innominada.

En relación con las pretensiones del llamamiento en garantía, manifestó que el Hospital Susana López de Valencia contrató la póliza de Responsabilidad Civil No. 1003573, con vigencia del 23 de enero de 2017 al 23 de noviembre de 2017, bajo la modalidad de cobertura Claims Made y con período de retroactividad desde el 1 de enero de 2005, única garantía que podría afectarse en caso de una condena en contra de la entidad amparada, con un deducible equivalente al 10 % cuando el valor del siniestro supere los 60 SMLMV y hasta agotarse el valor total asegurado.

Formuló como excepciones, las siguientes i) Inexistencia de amparo de la póliza de responsabilidad civil No. 1001242 por el límite temporal y modalidad de cobertura claims made¹⁸; ii) Inexistencia de amparo y consecuentemente de obligación indemnizatoria de la póliza de responsabilidad civil no. 1003573 en tanto no se realizó el riesgo asegurado; iii) Deducible pactado en la póliza de responsabilidad civil no. 1003573; iv) Límites máximos de responsabilidad del asegurador y condiciones de la póliza de responsabilidad civil No. 1003573 y v) la genérica o innominada.

1.3. RECUENTO PROCESAL.

La demanda fue admitida mediante auto interlocutorio No. 259 del 09 de mayo de 2018 y se ordenó las correspondientes notificaciones. (fl99, archivo 1 Cdno Ppal)

Cumplido el trámite procesal pertinente, entre ellos la admisión y notificación del llamado en garantía, entre los días 8 a 13 de octubre del año 2021 se surtió el traslado de las excepciones formuladas (archivos 2 y 3) sin pronunciamiento de la parte demandante.

La audiencia inicial se realizó el 4 de agosto de 2022 y se agotaron las etapas del artículo 180 de la Ley 1437 y se decretaron las pruebas solicitadas (Archivos 19 y 20)

La audiencia de pruebas se realizó en tres (3) sesiones, durante los días 19 de enero de 2023 (archivos 057, 058, 059 y 060), 23 de marzo de 2023 (archivos 086 y 087) y 24 de octubre de 2023 (archivos 104 y 105). Agotada la fase probatoria, se corrió traslado para presentar alegatos de conclusión.

1.4. PRUEBAS OBRANTES EN EL EXPEDIENTE.

-Documentos de identidad y de los accionantes (fls 11 a 17, archivo 1 Cdno Ppal).

-Registros civiles de nacimiento de CRISTIAN ALEJANDRO JIMÉNEZ ORTEGA, SEGUNDO FREDY JIMÉNEZ CARVAJAL, MILDA ORTEGA CASTILLO, RUBIEL AMERICO ORTEGA y JAIR ORTEGA CASTILLO(fls 18 a 24, 26, archivo 1 Cdno Ppal)

¹⁸ Consiste en aquella modalidad en la que tanto el hecho que diere origen a la responsabilidad como la respectiva reclamación debe darse dentro del período de vigencia del contrato. https://www.google.com/search?q=claims+made+que+significa&rlz=1C1GCEU_esCO1005CO1005&q=claims+made&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqBwgDEAAyQAQyCQgAEUUYORiABDIHCAEQABiABDIHCAIQABiABDIHCAAMQABiABDIHCAQQABiABDIHCAUQABiABDIHCAYQABiABDIHCACQABiABDIHCAqQABiABNIBCDq1NTlqMGo3qAIAAsAIA&sourceid=chrome&ie=UTF-8

- Registro civil de defunción del menor CRISTIAN ALEJANDRO JIMÉNEZ ORTEGA (fl 25, archivo 1 Cdno Ppal)
- Historia clínica del menor CRISTIAN ALEJANDRO JIMÉNEZ ORTEGA expedida por el HOSPITAL NIVEL I EL BORDO E.S.E. (fls 27 a 36; 276 a 293; archivo 1 Cdno Ppal; archivo 84).
- Historia clínica del menor CRISTIAN ALEJANDRO JIMÉNEZ ORTEGA expedida por LABOR MÉDICA IPS VALLE DEL PATÍA S.A.S. (fls 37 a 48, archivo 1 Cdno Ppal).
- Historia clínica del menor CRISTIAN ALEJANDRO JIMÉNEZ ORTEGA expedida por el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. (fl 49 a 61; 145 a 250, archivo 1 Cdno Ppal; fls 6 a 46, archivo 72)
- Contrato de prestación de servicios profesionales suscrito entre el Hospital Susana Lopez de Valencia y la médica pediatra Dra. Gilda Eliana Zemanate Zúñiga (fls 251 a 257, archivo 1 Cdno Ppal)
- Protocolo de vigilancia de dengue expedido por el Ministerio de Salud, el 20 de marzo de 2022 (fls 47 a 75, archivo 72)
- Guía para la atención integral de paciente con Dengue, expedida por el Ministerio de Salud, en el año 2010. (fls 5 a 44, archivo 76)
- Dictamen pericial y la contradicción de mismo, rendido por la Pediatra Epidemiológica Clínica de la Universidad del Cauca, Dra. GINNA PAOLA CABRA BAUTISTA (Archivo 82 y 104))

-Declaraciones recibidas en audiencia de pruebas:

- LUISA CAROLINA RODRIGUEZ MEJIA
- DOLLY KATHERINE VIDAL CASTRO
- GILDA ELIANA ZEMANATE ZUÑIGA
- SEGUNDO FREDY JUMENEZ CARVAJAL
- FRANCISCO DARWIN PALACIONS PALACIOS
- MARIO ALEXANDER MEZA CHAVEZ

1.5 ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

La parte de actora (Archivo 110, Cdno 1 Ppal), reiteró los argumentos esbozados en la demanda, argumentando que la E.S.E. HOSPITAL NIVEL I EL BORDO, emitió un diagnóstico equivocado y dio egreso a un paciente con dengue, sin indicarle las recomendaciones mínimas establecidas en la Guía de Atención Integral de la enfermedad expedida por el Ministerio de Salud, generando con ello que el menor Cristian Alejandro Jiménez Ortega (q.e.p.d.), no fuese manejado en debida en forma en casa por su núcleo familiar, y el deterioro paulatino y severo de su estado de salud.

Dada la evolución de la patología y el diagnóstico de dengue con signos de alarma, no se dispensó el debido tratamiento a tal punto, que permitió el avance de la enfermedad a su más alto pico -dengue hemorrágico- que terminó con la vida del menor el 13 de octubre de 2015.

Afirmó que el desenlace fatal se hubiese podido evitar si, en la primera atención dispensada al menor el día 08 de octubre de 2015, se realizara un diagnóstico acertado, permitiendo con ello impartir recomendaciones a los familiares para el adecuado manejo en casa, lo cual, a la postre no ocurrió y se constituyó en la causa primigenia y

eficiente para el desarrollo de la enfermedad y de sus consecuencias fatales, todo, aunado al hecho de las fallas de atención evidenciadas en el historial clínico, en especial, la falta de reactivos para definir el diagnóstico de forma temprana, así como, el reemplazo plaquetario, situaciones que de haberse realizado en debida forma, desencadenarían en un correcto diagnóstico y evolución de la enfermedad, brindando así mejores oportunidades para el restablecimiento de la salud del paciente.

SEGUROS DEL ESTADO S.A. (Archivo 106, Cdno Principal) afirmó que no está acreditada la falencia que se pretende endilgar a la entidad, por el contrario, la prueba pericial permitió establecer que no existió falla en el servicio médico.

Advirtió que el daño sufrido por los accionantes no guarda relación de causalidad con la prestación del servicio médico - asistencial dispensado al menor, pues la misma derivó de un fenómeno ajeno a la actividad medica debidamente ejercida y que surgió con ocasión de las condiciones físicas del paciente que no permitieron sobreponerse a la enfermedad, a pesar de haberse dispensado el tratamiento ajustado a los protocolos establecidos.

Lo expuesto permite considerar la ausencia de responsabilidad de la E.S.E. HOSPITAL NIVEL I EL BORDO, haciendo inviable cualquier afectación del contrato y la póliza de seguros suscrita con la entidad accionada.

ASOCIACIÓN SINDICAL DE MÉDICOS DEL CAUCA - ASOMED (Archivo 107 Cdno Ppal) se ratificó en sus argumentos defensivos y con fundamento en lo acreditado con el medio de prueba pericial, aseveró sobre la inexistencia de falla en el servicio del personal adscrito a la asociación y que prestaba sus servicios para el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

Consideró que la patología del paciente tuvo un desarrollo muy repentino, fulminante y de tal gravedad, que no es de común ocurrencia, tal vez producto de enfermedades de base que pudieron incidir de manera negativa para en el fatal desenlace, pese habersele brindado un adecuado tratamiento conforme a las guías del ministerio de salud.

El estado de gravedad de la enfermedad y las condiciones físicas del menor, minaron su condición a tal punto que, la atención dispensada en un primer nivel asistencial en salud, determinó su remisión a un tercer nivel de atención, siendo referido ante el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E.

El paciente fue ingresado en estado crítico, con un alto riesgo de morbilidad y pese a lo irreversible de su enfermedad, le fue dispensada la atención pertinente y oportuna, en franco acatamiento de las guías del Ministerio de salud, tal y como quedó consignado en la historia clínica de la UCI pediátrica aportada al proceso como evidencia sobre la inexistencia de falla alguna en la prestación del servicio.

Reiteró que la causa del lamentable desenlace correspondió a una de las manifestaciones más graves del dengue, que no tiene un tratamiento

específico antiviral y que, en todo caso, la superación de la enfermedad se debe en gran parte a las condiciones físicas del paciente, toda vez que, infectadas varias personas con el virus, no todas tienen desenlace fatal y responden de manera diferente al tratamiento dispensado en ellas.

Según lo expuesto, considera que las manifestaciones de la demanda carecen de respaldo probatorio, en relación con la atención primaria dispensada el 8 de octubre de 2015, pues ante la falta de síntomas asociados al dengue, no era factible emitir un diagnóstico al respecto, ni se tenían marcadores de referencia que permitieran con pruebas de laboratorio definir inequívocamente que se trataba de esa precisa enfermedad y no de otra.

Por su parte, según el diagnóstico definitivo de la enfermedad, es posible establecer que la agresividad del virus fue el factor determinante en la producción del desenlace fatal, pese al tratamiento dispensado.

LA PREVISORA S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS (Archivo 108 Cdo Ppal.) en calidad de llamada en garantía del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., reiteró los argumentos expresados en la contestación de la demanda y del llamamiento y con sustento en el dictamen pericial practicado, afirmó que la entidad amparada efectuó un diagnóstico oportuno y brindó el tratamiento adecuado protocolariamente dispuesto para restablecer la salud del paciente.

Consideró en consecuencia que, no existió negligencia, impericia o imprudencia que pudiese endilgarse a la institución asegurada, respecto del lamentable deceso del menor, pues este evento obedeció de manera exclusiva al dengue que padeció, toda vez que la atención médica se brindó con todos los recursos humanos y técnicos disponibles, pero no logró la recuperación de su estado de salud.

HOSPITAL NIVEL I, EL BORDO E.S.E. (Archivo 109 Cdo Ppal) solicitó negar las pretensiones de la demanda, haciendo referencia a la inexistencia de la falla en el servicio respecto de la atención suministrada el día 08 de octubre de 2015 al menor Cristian Alejandro Jiménez Ortega (q.e.p.d.), toda vez que, pese a encontrarse en una zona endémica por presencia de virus del dengue, la sintomatología evidenciada en ese preciso momento por el paciente, no permitía referir un diagnóstico temprano de la enfermedad, aunado al hecho de la positiva respuesta frente al tratamiento farmacológico suministrado.

Mencionó además que el extremo accionante no acreditó probatoriamente la impericia de los médicos tratantes, la falta de utilización de medios o métodos adecuados, así como, el suministro de medicamentos que pusieran en riesgo la vida del menor, pues por el contrario, lo prescrito al paciente correspondió con el diagnóstico emitido en su momento, sin comprometer su salud.

Asegura que el tratamiento dispensado en primera instancia por la entidad, fue prescrito por los galenos con la finalidad de controlar el dolor evidenciado, el cual, produjo resultados positivos de mejoría y con relación al segundo ingreso a la institución, se consideró que fueron

dispuestos todos los medios humanos y técnicos para emitir un diagnóstico presuntivo, que permitió la oportuna atención y remisión del paciente a un nivel de atención de mayor complejidad, con miras a, descartar o confirmar una sospecha de dengue a estudio.

Concluyó que el paciente fue tratado de manera efectiva, no sólo en cuanto a los signos observados por los médicos tratantes, sino respecto de las impresiones diagnósticas emitidas en las dos oportunidades que ingresó el paciente a la institución, las cuales, estuvieron acorde con las diferentes sintomatologías evidenciadas por el paciente en cada oportunidad, es decir, se ejerció la actividad conforme a la *lex artis* y los principios de la ética médica, de conformidad con los medios con los cuales contaba la institución en cada instante.

Reiteró que los síntomas evidenciados en las dos oportunidades de atención suministrada en la institución, no permitieron diagnosticar de manera temprana el padecimiento de un dengue, y menos de origen grave como lo expuso la parte accionante, pero con todo, le fue suministrada una óptima y oportuna atención para procurar el restablecimiento de la salud del paciente.

HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E. (Archivo 111 Cdnó Ppal) consideró la falta de responsabilidad de la entidad respecto de los supuestos fácticos que se establecen en la demanda, toda vez que, no se incurrió en una falla en la prestación del servicio suministrado al paciente, toda vez que, este fue dispensado de manera oportuna y adecuada, tal como se acredita, en debida forma la Historia Clínica del menor Cristian Alejandro Jiménez Ortega (q.e.p.d.).

Expuso que la sola interacción médico – paciente, no puede ser considerada como un elemento probatorio suficientemente descriptivo, a través del cual, se acredita la causalidad exigida por el régimen de responsabilidad que se pretende imputar.

En tal sentido, consideró que para acreditar la responsabilidad médica, es necesario demostrar además del daño, la existencia de una relación de causalidad, es decir que el primero indefectiblemente sea consecuencia de la acción u omisión de la conducta del demandado; situación que no ocurre en el caso particular.

Contrario a lo afirmado por el extremo demandante, se acreditó que desde el ingreso del paciente a la institución, fue atendido y valorado, de manera oportuna y diligente con el lleno de todos los protocolos médicos y poniendo a su disposición todos los medios humanos y técnicos necesarios para salvaguardar su vida, sin evidencia de negligencia u omisión en la prestación de los servicios de salud, por una actuación tardía, ni mucho menos, por error en el diagnóstico, toda vez que la atención suministrada fue la debida.

Afirmó que la parte accionante no cumplió con la carga probatoria para probar los supuestos de hecho de las pretensiones perseguidas, es decir no se acredita probatoriamente los tres elementos constitutivos para atribuible responsabilidad al demandado.

Respecto de la prueba pericial arribada al proceso, expuso que se enmarca, dentro de lo que se denomina la prueba científica y goza de un alto poder de fiabilidad, pero su valoración debe realizarse armónicamente con el resto del acervo probatorio recaudado.

Para el caso particular, la valoración cronológica de los medios de prueba recaudados permitió hacer un exhaustivo seguimiento del estado de salud y del tratamiento suministrado y en tal sentido, pudo acreditarse que, antes de ingresar al servicio de urgencias, el 12 de octubre de 2015, el paciente había recibido atención previa, en una IPS particular y en dos oportunidades en el Hospital de El Bordo-Patía, Cauca y en esta última institución, la primera vez, por manifestación de un estado febril, y la segunda oportunidad, por evidenciar una fase crítica por sospecha de dengue con alarmas, que permitió su remisión ante la entidad hospitalaria.

Resaltó de su intervención que, según los signos de alarma que presentaba el menor, reflejaban una sintomatología de base a tener en cuenta, es decir una Leucopenia, así como, el hecho de haber presentado a sus cuatro años de edad un cuadro de dengue, condiciones que aumentan los índices de riesgo, aunado a la procedencia de un municipio categorizado como endémico.

En este orden, afirma que las pretensiones de la demanda no están llamadas a prosperar frente a la entidad toda vez que, no ha incurrido en conductas reprochables que permitan considerar demostrados los supuestos de hecho que la ley exige para acceder a los pedimentos pues no se avizora ningún tipo de responsabilidad para la entidad.

El Ministerio Público no rindió concepto de fondo.

II. CONSIDERACIONES

2.1 Competencia.

Este Despacho es competente para decidir el asunto en primera instancia, según lo dispone el artículo 155 numeral 6º y 156 del CPACA, teniendo en cuenta el lugar de ocurrencia de los hechos (Departamento del Cauca) y por la cuantía del asunto, cuya estimación razonada, al tiempo de la demanda no superó los 500 SMMLV.

2.2 Procedibilidad y presentación oportuna del medio de control.

El daño alegado data del 13 de octubre de 2015, fecha en la cual, lamentablemente, fallece el menor CRISTIAN ALEJANDRO JIMENEZ ORTEGA. En consecuencia, el término bienal de caducidad¹⁹; en principio, estaba llamado a expirar el 14 de octubre de 2017.

La parte accionante presentó la solicitud de conciliación prejudicial ante el Ministerio Público, el 13 de octubre de 2017 y la constancia de

¹⁹ El artículo 140 en su literal i) del numeral 2º

fue entregada el día 05 de diciembre de 2017, día de su expedición. (fl 70, archivo 1, Cdno Ppal)

Teniendo en cuenta que la caducidad del medio de control se interrumpió faltando dos días para que operara, entre el 13 de octubre de 2017 hasta el 5 de diciembre de 2017, como consecuencia del agotamiento del trámite prejudicial indicado, y que la demanda se presentó el mismo día, 05 de diciembre de 2017 (FI98, archivo 001 E.D), es claro que el medio de control se interpuso dentro del término legal conferido para tal efecto.

2.3 Problema jurídico.

En armonía con la fijación del litigio se deberá determinar si las entidades accionadas son responsables por los perjuicios ocasionados por el fallecimiento del menor CRISTIAN ALEJANDRO JIMENEZ el día 13 de octubre de 2.015 a título de falla en la prestación del servicio médico.

Igualmente, en caso de proceder a las pretensiones de la demanda se analizará la responsabilidad que le asiste a los llamados en garantía.

2.4. Marco Normativo y Jurisprudencial

Régimen de responsabilidad.

Según lo prescrito en el artículo 90 de la Constitución Política, la responsabilidad extracontractual del Estado tiene como fundamento la determinación de un daño antijurídico causado a un administrado, y la imputación del mismo a la administración pública, tanto por acción, como por omisión de un deber normativo. La imputación exige analizar dos esferas: a) el ámbito fáctico, y, b) la imputación jurídica.

En esta última²⁰, la atribución se determina conforme a un deber jurídico, que opera de acuerdo con los distintos títulos de imputación consolidados por el Consejo de Estado: i) falla del servicio, ii) daño especial, y, iii) riesgo excepcional. Es así que la responsabilidad estatal exige la afirmación del principio de imputabilidad, según el cual, la indemnización opera cuando medie en el caso concreto, sustento fáctico y la atribución jurídica del daño.

El régimen de responsabilidad patrimonial que adoptó nuestra constitución de 1991 no privilegia ningún régimen en particular, por ello corresponde al Juez en cada caso concreto, con sustento en los fundamentos fácticos y jurídicos, tomar la decisión que mejor responda a los principios constitucionales que rigen la materia de responsabilidad extracontractual del Estado.

En el caso de responsabilidad médica, no ha sido pacífica la jurisprudencia del Consejo de Estado, en relación con el régimen que gobierna asuntos como el presente, es así como en anteriores

20 Sentencia del 20 de marzo de 2013, proferida por la Subsección C de la Sección Tercera; Consejera Olga Melida Valle de la Hoz; Radicación número: 25000-23-26-000-1998-02484-01(24550); Actor: JOSE YAMIL ORDOÑEZ Y OTROS; Demandado: MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL - EJERCITO NACIONAL; reitera tesis de la sentencia del 9 de junio de 2010; Rad. 1998-0569.

oportunidades (años 1992 - 2000), era requisito sine qua non para la parte demandante acreditar y demostrar la falla del servicio médico asistencial para la prosperidad de sus pretensiones (falla probada), exigencia que en muchos casos resultaba infructuosa en tanto que la recolección del material probatorio escapaba de su capacidad y conocimiento.

Posteriormente (años 2001 a 2006) se indicó que quien debía demostrar la pericia, la diligente atención y el adecuado manejo médico, era la entidad demandada, generándose así una presunción de falla del servicio médico (falla presunta), cuya diferencia con el régimen anterior radicaba en cabeza de quien estaba la obligación de probar, que daba lugar a la presunción de falla en el servicio.

A partir del año 2006, se acudió nuevamente al régimen de responsabilidad de falla probada²¹, precisando lo siguiente:

"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 ocasionado²², ya que sin la concurrencia de estos elementos no se logra estructurar la responsabilidad administrativa.

Para ello, resulta preciso insistir en la posición jurisprudencial reiterada por la Corporación, que señala que <<la práctica médica debe evaluarse desde una perspectiva de medios y no de resultados, lo que lleva a entender que el galeno se encuentra en la obligación de practicar la totalidad de procedimientos adecuados para el tratamiento de las diversas patologías puestas a su conocimiento, procedimientos que, por regla general, conllevan riesgos de complicaciones, situaciones que, de llegar a presentarse, obligan al profesional de la medicina al agotamiento de todos los medios a su alcance, conforme a la lex artis, para evitar daños mayores y, de así hacerlo, en ningún momento se compromete su responsabilidad, incluso en aquellos eventos en los cuales los resultados sean negativos o insatisfactorios para la salud del paciente, a pesar de haberse intentado evitarlos en la forma como se deja dicho>>..."²³

También indicó la H. Corporación:

"La Sección Tercera del Consejo de Estado ha consolidado una posición en materia de responsabilidad del Estado por la prestación del servicio

²¹ Ver, entre otras, las sentencias del 31 de agosto de 2006, exp. 15.238; del 30 de noviembre del mismo año, expedientes 15.201 y 25.063; del 1º de octubre de 2008, expedientes 16.843 y 16.933; de febrero 11 de 2009, exp. 15.975; de septiembre 23 de 2009, exp. 17.986 y de 11 de noviembre de 2009, exp. 18.163.

²² Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 16 de julio de 2008, expediente 16.775.

²³ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia del 24 de marzo de 2011, expediente 18947, C.P. Hernán Andrade Rincón.

de salud, en virtud de la cual aquella es de naturaleza subjetiva, advirtiendo que es la falla probada del servicio el título de imputación bajo el cual es posible configurar la responsabilidad estatal por la actividad médica hospitalaria, de suerte que se exige acreditar la falla propiamente dicha, el daño antijurídico y el nexo de causalidad entre aquella y éste. En relación con la carga de la prueba del nexo causal, se ha dicho que corresponde al demandante, pero dicha exigencia se modera mediante la aceptación de la prueba indirecta de este elemento de la responsabilidad, a través de indicios, al tiempo que no se requiere certeza en la determinación de la causa, sino que se admite la acreditación de una causa probable”²⁴

Ahora, la responsabilidad del Estado también se puede derivar de la omisión en la prestación del servicio médico a la persona que acuda al centro asistencial, siempre que dicha desatención o negligencia haya incidido en el resultado adverso a la salud e integridad física de quien requiera ese servicio.”²⁵

Así entonces, la responsabilidad del Estado por actos médicos comprende, de un lado, el acto médico como tal, que se refiere a la atención que brinda directamente el profesional de la medicina en sus distintos momentos, que incluye el diagnóstico, tratamiento de las patologías y además las intervenciones quirúrgicas; y de otro, las actuaciones ejercidas de manera anterior y/o posterior a la intervención profesional, que abarcan desde el instante en que el paciente asiste o es trasladado a un hospital, hasta las actividades que se encuentran a cargo de la parte administrativa, tal es el caso del trámite efectuado para el traslado de un paciente de un centro asistencial a otro, del ingreso al sistema del paciente, al centro asistencial, como aquellas relacionadas con la autorización de servicios que debe prestar la EPS a través de su red de prestadores.

En síntesis, la jurisprudencia del Consejo de Estado pasó del régimen inicial de la falla probada hacia la falla presunta²⁶ y las teorías de la carga dinámica de la prueba ²⁷ de la probabilidad determinante²⁸, para regresar nuevamente al régimen de la falla probada²⁹ en el tema de la responsabilidad médica y allí consolidó su posición.

De manera reciente, en sentencia de 10 de abril de 2019, radicado 2005 01794-01 (40916), con ponencia del Doctor Alberto Montaña Plata, se manifestó lo siguiente:

“2.3.1 De la responsabilidad patrimonial por daños en la prestación del servicio médico

²⁴ Consejo de Estado, Sección 3a, Subsección B. Consejero ponente: Danilo Rojas Betancourt. 28 de febrero de 2013. Radicación número: 66001-23-31-000-2001-00063-01(25075). Actor: Amparo Álzate De Betancur.

²⁵ Consejo de Estado, Sección Tercera, sentencia de 23 de julio de 2014, Radicación número: 88001-23-31-000-2002-00183-01(32600), Consejero ponente: CARLOS ALBERTO ZAMBRANO BARRERA

²⁶ Consejo de Estado, expediente 6897. De esta evolución da cuenta el fallo expedido por la misma Corporación el 24 de agosto de 1992. Expediente 6754. Actor: Henry Enrique Saltarín Monroy.

²⁷ Sentencia del 22 de marzo de 2001, expediente 13.284 - H. Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejero Ponente: Jesús María Carrillo Ballesteros. Expediente 12.706. Sentencia de enero 24 de 2.002

²⁸ Consejo de Estado. Sección Tercera. Decisión reiterada recientemente, que tiene su origen en la sentencia de mayo 3 de 1.999.

²⁹ Consejo de Estado. Sección Tercera. Consejera Ponente: Ruth Stella Correa Palacio. Sentencia de agosto 31 de 2.006. Radicación número 68001-23-31-2000-09610-01 (15772). Actor: María Olga Sepúlveda Ramírez. Demandado: Hospital Ramón González Valencia.

35. Esta Corporación ha señalado que para comprometer la responsabilidad patrimonial del Estado por el servicio médico debe demostrarse la existencia del daño, ocasionado por el hecho de no prestarse la atención médica con los estándares de calidad exigidos por la *lex artis*. Al respecto, la jurisprudencia ha precisado que:

*"Es necesario que se demuestre que la atención médica no cumplió con estándares de calidad fijados por el estado del arte de la ciencia médica, vigente en el momento de la ocurrencia del hecho dañoso. Del mismo modo, deberá probarse que el servicio médico no ha sido cubierto en forma diligente, esto es, que no se prestó el servicio con el empleo de todos y cada uno de los medios humanos, científicos, farmacéuticos y técnicos que se tengan al alcance".*³⁰

36. Así, en materia de responsabilidad por el acto médico propiamente dicho, esto es el diagnóstico, tratamientos, procedimientos y, en general, las conductas del profesional médico orientadas al restablecimiento o recuperación de la salud del paciente, la imputación del daño se hace, por regla general, desde la perspectiva de una prestación de medios y no de resultados, ya que su deber radica en la aplicación de sus conocimientos, entrenamiento, experiencia y todos los medios disponibles orientados a la curación y rehabilitación, sin que le sea exigible el resultado exitoso.

37. Esto significa que, para que la administración pueda ser declarada responsable de los daños ocasionados por el ejercicio de la actividad médica hospitalaria, el demandante tiene la carga de demostrar que el servicio no se prestó adecuadamente, bien porque no fue oportuno, o porque no cumplió con los protocolos y estándares de calidad fijados por la ciencia médica al momento de la ocurrencia del hecho dañoso, salvo en lo relativo a los deberes que tienen que ver directamente con el servicio y cuyo cumplimiento depende enteramente del prestador, al margen de la condición y evolución de la salud del paciente, como los relativos al acto médico documental y, en especial, al consentimiento informado, y al suministro de la información necesaria para que el paciente propenda por su autocuidado, caso en el que corresponde al servicio médico demandado demostrar su cumplimiento.

38. En relación con el nexo de causalidad que debe existir entre la atención médica y el daño, en circunstancias en las que la prueba de esta relación fuera una exigencia demasiado alta para los demandantes se han admitido 3 posturas: una, referente a la carga dinámica de la prueba; posteriormente, se habló de la inversión de la carga de la prueba, con fundamento en que la prueba resulta imposible para la víctima, quien se encontraba inconsciente y, para sus familiares que no estaban presentes en el procedimiento, aunado al hecho que se trataba de demostrar actividades de contenido técnico y científico; en un tercer momento, se determinó que la prueba corresponde al demandante, pero que dicha carga puede atenuarse mediante la aceptación de la prueba indiciaria que debe ser estudiada en conjunto con la conducta de las partes.

39. Así, la jurisprudencia reciente ha considerado que el nexo causal puede demostrarse por vía indirecta, es decir, a través de indicios, sin que se trate de una excepción al deber que le asiste a la parte demandante de acreditar lo que, tradicionalmente se ha denominado como el nexo de causalidad que debe existir entre la atención médica

³⁰ Sentencia del 11 de febrero de 2009, radicación No. 54001-23-31-000-1993-08025-01(14726)

y el daño para que se estructure la responsabilidad de la administración”.

En sentencia de 26 de abril de 2018, con ponencia de la Doctora MARÍA ADRIANA MARÍN, radicado 2004-02010-01(41390), refiere la H. Corporación que el régimen en relación con los servicios médicos por regla general es el de la falla en el servicio, y fija precisas reglas para su aplicación:

“...Así las cosas, a pesar de la dificultad de encuadrar la responsabilidad bajo el título de falla del servicio, la Sala con fundamento en el principio iura novit curia, analizará el presente asunto bajo el régimen de responsabilidad objetivo.

En efecto, tratándose de supuestos en los cuales se discute la declaratoria de responsabilidad estatal con ocasión actividades médico-asistenciales, según jurisprudencia de esta Corporación, la responsabilidad patrimonial que se le atribuye al Estado bien puede ser analizada bajo el régimen de la falla probada del servicio, a lo cual se ha agregado que, en atención al carácter técnico de la actividad médica y a la dificultad probatoria que ello implica, el nexo de causalidad puede acreditarse en virtud del cual, cuando el demandante alega determinado régimen de imputación de responsabilidad -subjeto u objetivo-, y el juzgador encuentra que es otro el que se ajusta a los hechos narrados en el libelo introductorio, puede, si así lo considera necesario, apartarse de aquél y aplicar el que considere correcto.

...

En ese sentido, se debe precisar que si bien es cierto que la actividad médica hospitalaria -como resulta natural- implica riesgos inherentes a su ejercicio (vgr. intervenciones quirúrgicas o exámenes clínicos invasivos, entre otros), los cuales dependen en gran medida de la complejidad de la afectación de la salud del paciente, también es cierto que para evaluar la responsabilidad de las instituciones prestadoras de salud, la jurisprudencia de esta Sección del Consejo de Estado ha precisado que su análisis debe realizarse a partir de la verificación, en cada caso concreto, del cumplimiento de los reglamentos y protocolos a los que se encuentre sometido cada procedimiento.

No obstante, lo anterior, esta Corporación también ha considerado a modo de excepción, que dentro del ejercicio de la actividad médica existen varios escenarios en los cuales resulta posible predicar la existencia de un régimen objetivo de responsabilidad. En efecto, en relación con algunos eventos susceptibles de ser estudiados bajo el régimen objetivo de responsabilidad, se ha precisado que éstos pueden ser:

i) Aquellos eventos que implican la manipulación de cosas peligrosas, o que el procedimiento o el tratamiento empleado entrañe peligro, pero siempre y cuando la herramienta riesgosa cause el daño de manera directa o por ella misma, pues si la lesión es producto de una ejecución irregular del acto médico, aunque medie un instrumento que represente peligro o riesgo, el caso específico estará regido por la responsabilidad subjetiva o de falla en el servicio.

ii) Cuando un medicamento, tratamiento o procedimiento que implique o conlleve un progreso en la ciencia y, por lo tanto, se

considere novedoso, se desconozcan las consecuencias o secuelas del mismo a largo plazo;

iii) Cuando en el acto médico se empleen químicos o sustancias peligrosas (v.gr. eventos de medicina nuclear);

iv) En supuestos de vacunas, porque se asume de manera implícita su eventual peligrosidad y reacciones adversas en los diferentes organismos y

v) Cuando el daño sea producto de una infección nosocomial o intrahospitalaria.

Los eventos antes señalados han sido decididos por esta Sección del Consejo de Estado por un régimen de responsabilidad objetivo precisado que no resulta relevante determinar si el comportamiento de la entidad fue diligente o cuidadoso, por cuanto es el riesgo asociado con el ejercicio de dichas actividades lo que produce en el plano fáctico o causal el daño antijurídico por el que se demanda...”

Bajo estas orientaciones jurisprudenciales procede el Despacho a realizar el análisis de los medios de prueba recolectados, con el fin de determinar si le asiste razón a la parte actora, en el sentido de configurarse la responsabilidad estatal por falla en la prestación del servicio médico.

3.- Análisis del caso concreto

La parte demandante considera que entidades demandadas son responsables por la muerte del menor Cristian Alejandro Jiménez Ortega, según los cargos que se sintetizan a continuación:

i) La indebida atención médica en el Hospital Nivel I El Bordo E.S.E., el día 8 de octubre de 2015 con violación de la Guía para el tratamiento integral del virus del Dengue expedida por el Ministerio de Salud.

ii) El error médico generado el día 8 de octubre de 2015, al suministrarse el medicamento denominado Dipirona, dada la prohibición en casos de Dengue, por predisposición para la producción de extravasación o sangrados corporales.

iii) La falta de recomendaciones médicas suministradas el 8 de octubre de 2015 para el manejo en casa del virus del dengue.

iv) la falta de diagnóstico oportuno de la patología del Dengue en la atención dispensada el 11 de agosto de 2015 por los galenos del Hospital Nivel I El Bordo E.S.E, ante la falta de reactivos para la realización pruebas de laboratorio que pudiese haber definido un diagnóstico temprano de la enfermedad y por ende el rápido tratamiento de la misma con mejores probabilidades de recuperación;

v) la falta de suministro de plaquetas en la atención dispensada por el Hospital Susana López de Valencia durante los días 12 y 13 de octubre de 2015, como factor exclusivo de asistencia hemodinámica, necesaria para el restablecimiento de las condiciones de salud del paciente.

vi) No se mantuvo debidamente hidratado al menor durante la atención dispensa en las dos instituciones de salud accionadas, incumpliendo los protocolos para el tratamiento del Dengue diagnosticado.

Para el análisis del caso, se precisará en primera instancia, la configuración del daño alegado con la demanda, para posteriormente abordar el estudio de la imputación frente al extremo accionado, analizando las circunstancias de lugar, tiempo y modo en que se desarrollaron los hechos objeto del proceso.

3.1 El daño

Los fundamentos facticos de la demanda, se orientan a establecer la responsabilidad derivada de la muerte del menor de edad CRISTIAN ALEJANDRO JIMENEZ ORTEGA (q.e.p.d.) ocurrida el día 13 de octubre de 2015.

Según el reporte contenido en la historia clínica del paciente expedida por el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., se registra el hecho en los siguientes términos: (fl 191, archivo 1 Cdo Principal)

"TERAPIA RESPIRATORIA: PROCEDIMIENTO NOTA RETROSPECTIVA POR CONGESTION DEL SERVICIO PACIENTE DE 10 AÑOS Y CUATRO MESES DE NACIDO EN CONDICIONES CRITICAS, CON DIAGNOSTICO MEDICO: 1. DENGUE GRAVE 2. DISFUNCION ORGANICA MÚLTIPLE, DISFUNCION HEPATICA, HEPATITIS, COLECISTIS, PANCREATITIS, OINJURIA RENAL AGUDA Y COAGULOPATIA),3. DERRAME PLEURAL BILATERAL, 4. DERRAME PERICARDICO, 5. TROMBOCITOPENIA SEVERA, QUIEN A NIVEL NEUROLOGICO ALERTA, ALGICO, IRRITABLE NO CONSOLABLE, ANSIOSO PACIENTE QUE DURANTE LA MAÑANA REFIERE QUE EL DOLOR SE EXASERVA EN EPIGASTRIO Y SEGUN AYUDA DIAGNOSTICA DETERIORO RADIOLOGICO PULMONAR, A NIVEL HEMODINAMICO BRADICARDICO FC 56 LPM FR 18 RPM SPO2 89 % SATURACION LIMITROFE, POR LO QUE SE DECIDE CON PEDRIATRA E INTENSIVISTA DE TURNO LLEVAR AL PACIENTE A VENTILACION INVASIVA, ASISTO INTUBACION RAPIDA DE REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL CON TUBO N 43''' WON EL CUAL QUEDA CON FUGA POR LO QUE SE CAMBIA UNO 5,5 CON BALON PRESENTANDO LO QUE SE CAMBIA A TUBO 6, FIJO EN 18 CENTIMETROS , POSTERIOR A ESTO PRESENTA DESTUUNACION ENQUTRA HIPOVENTILADO SE PASA DE EMERGENCIA JELCO N 18 EN SEGUNDO ESPACIO INTERCOSTAL LINEA MEDIO CLAVICULAR OBTENIENDO SALIDA DE SANGRE RUTILANTE A LAS 11+13 SE PARO POR LO QUE SE INICIAN MANIOBRAS DE REANIMACION , REQUIRIENDO 3 DOSIS DE ADRENALINA MASAJE CARDIACO, SIN LOGRAR RECUPERACION, PARALELAMANTE SE INCIA GOTEIO DE ADRENALINA Y SE PASA DOSIS DE ACIDO TRANEXAMICO Y DOSIS DE OCTAPLEX , SE CONTINUA CON LA REANIMACION, PRESENTANDO SANGRADO POR FOSAS NASALES Y POR ENCIAS POR LA ZONA DE TACENTES AL IGUAL POR LOS SITIOS DE VENOPUNCION SE TRASFUNDE DOSIS DE GLOBULOS ROJOS, ALCANZANDO A PASAR 80 CC Y SE PASA UNA UNIDAD DE PLAQUETAS DE 140 CC , PARA LA REANINACION ADEMAS SE COLOCARON 3 DOSIS DE CALCIO DE 200 MG 2 DOSIS DE SULFATO DE MAGNESIO Y DOS DOSIS DE LIDOCAIDA SIN LOGRAR REPOUESTA DESPUES DE 26 MINUTOS DE RENIMACION AVANZADA DE SUSPENDEN LAS MANIOBRAS POR NO OBTENER REPUESTA ,PACIENTE FALLECE A LAS 11+39, RX DE TORAX POSMORTEN SE EVIENDIO HEMOTORAX MASIVO DERECHO"

También se aporta el registro civil de defunción del menor (fl 25, archivo 1 Cdno Ppal).

Las pruebas mencionadas acreditan que el 13 de octubre de 2015 a las 21:39 horas, falleció el menor *CRISTIAN ALEJANDRO JIMENEZ ORTEGA* (q.e.p.d.), en el área de UMI UCI *CUIDADO INTENSIVO* del HOSPITAL SUSANA LÓPEZ DE VALENCIA; daño frente al cual se pretende imputar responsabilidad al extremo accionado con los efectos indemnizatorios pretendidos por la parte demandante.

3.2. Imputación

Definido lo anterior, se analizarán las circunstancias modales que rodearon los hechos objeto de debate, todo, a efecto de considerar si se concretan en el extremo accionado y su garante, los elementos de causalidad que permitan irrogar responsabilidad en su contra, en relación con el deceso del menor *CRISTIAN ALEJANDRO JIMENEZ ORTEGA* (q.e.p.d.).

Precisión sobre los diferentes episodios de atención médico-asistencial suministrados al menor Cristian Alejandro Jiménez Ortega(q.e.p.d)

De acuerdo a las pruebas aportadas, se establece que el menor CRISTIAN ALEJANDRO JIMÉNEZ ORTEGA, fue atendido en las siguientes fechas:

- El 08/10/2015, en el HOSPITAL NIVEL I EL BORDO E.S.E, se da el alta por mejoría en los síntomas ((fls 27 a 36; 276 a 293; archivo 1 Cdno Ppal; archivo 84).
- El 09/10/2015, fue atendido por la entidad particular LABOR MÉDICA IPS VALLE DEL PATÍA S.A.S donde se realizan laboratorios y se suministran medicamentos para control del dolor (fls 37 a 48, archivo 1 Cdno Ppal).
- El 11 y 12/10/2015, en el HOSPITAL NIVEL I EL BORDO E.S.E., donde se decide remitir al menor a un centro de atención hospitalaria de tercer nivel fls 27 a 36; 276 a 293; archivo 1 Cdno Ppal; archivo 84).
- El 12 y 13/10/2015, en el HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA, donde se define diagnóstico por virus del Dengue y se produce el deceso del menor (fl 49 a 61; 145 a 250, archivo 1 Cdno Ppal; fls 6 a 46, archivo 72)

Los diferentes estadios de atención, son necesarios para considerar cronológicamente los hechos y analizar el ejercicio de la función estatal en relación con la prestación del servicio médico-asistencial brindada.

a) Sobre el diagnóstico de la enfermedad en la valoración realizada el 8 de octubre de 2015.

Plantea la parte demandante, como teoría del caso, que el 8 de octubre de 2015, el médico que atendió inicialmente al menor, en el HOSPITAL NIVEL I EL BORDO E.S.E., emitió un mal diagnóstico, respecto de los

síntomas que en su momento evidenció, lo cual, incidió significativamente para que no se le brindara un tratamiento efectivo al virus del Dengue, que al parecer refería desde ese momento el paciente. Concretó el cargo, aseverando que la falla en el diagnóstico inicial, se constituyó como un presupuesto relevante que desencadenó la muerte del menor, por cuanto no se le brindó un tratamiento oportuno, que impidiera la evolución de la enfermedad a su fase crítica.

Respecto de los síntomas, tratamiento y prescripciones médicas impartidas el 8 de octubre de 2015, se precisa en el historial clínico del paciente, lo siguiente: (fls 26, 276 y 277, archivo 1 Cdno Ppal)

"FECHA ATENCIÓN DE CONSULTA, jueves 08/octubre/2015 - 01:1:18:10 am

ANAMNESIS (...) DOLOR DEL CUELLO (...) ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE HACE DOS DÍAS VIENE CON FIEBRE, MALESTAR DOLOR DEL CUELLO LADO IZQUIERDO, NO HAY VOMITO, NO HAY OTROS SINTOMAS (...) SE ORDENA ANALGESIA (...) AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL CON TOLERANCIA A LA VIA ORAL (...) SE DA SALIDA CON FORMULA MEDICA Y RECOMENDACIONES GENERALES (...) SIGNOS VITALES (...) Frecuencia cardiaca: 76 Latidos por Minuto (...) Frecuencia Respiratoria (...) 15 Respiración por Minuto (...) Temp. 36 Cº (...) Presión Arterial (...) 0/0 mm Hg (...) Peso: 32 Kg (...) Talla (...) 130 Cm (...) I.M.C.1,1, Kg/Mts² (...)

ANÁLISIS Y DIAGNÓSTICOS

***DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: B340 - INFECCION DEBIDA A ADENOVIRUS SIN OTRA ESPECIFICACION** (...) TIPO DE DIAGNOSTICO: CONFIRMADO NUEVO (...) CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL*

(...)

8/10/2015 11:35:53 a (...) PTE EN MEJORES CONDICIONES EL MEDICO LO VALORA Y DECIDE DAR DE ALTA CON FM Y CON RECOMENDACIONES Y EGRESA PTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS LO HACE POR SUS PROPIOS MEDIOS Y EN BUEN ESTADO." (Resaltado fuera de texto)

En la historia clínica del 8 de octubre de 2015, se puede establecer que en la anamnesis realizada, la madre del menor refirió un dolor de cuello y fiebre de dos días, como motivo de consulta (fls 277, archivo 1 Cdno Ppal)

Sin embargo, al tomar los signos vitales, el paciente no presentó fiebre (fls 277, archivo 1 Cdno Ppal). (fls 276, archivo 1 Cdno Ppal).

En el interrogatorio de parte, absuelto por el padre del menor, señor Segundo Fredy Jiménez se expuso lo siguiente: (archivo 59)

"P: Por favor indíqueme el día, es decir, la fecha concreta, a partir de la cual, el menor Cristian Alejandro, empezó a manifestar síntomas de fiebre.? C: El primer día fue que presentó síntomas de fiebre, fue el 8 de octubre del 2015, mucha fiebre, dolor del cuello, entonces mi señora lo ingresó al hospital del bordo y como eso de la una y treinta de la madrugada, y ya lo le hicieron una consulta y le dieron acetaminofén y lo dejaron en observación, y al otro día, el 9 de octubre, le dieron de alta. "

Por su parte, el médico Francisco Darwin Palacios, quien atendió al menor Cristian Alejandro Jiménez Ortega (q.e.p.d.) el primer día en que

fue valorado, indicó en la declaración rendida, lo siguiente: (Archivos 86 y 87)

"P: ¿Y de acuerdo a la historia clínica en la que consta que usted efectivamente atendió al paciente ese día 8 de octubre del 2015, usted podría precisar al despacho con qué síntomas ingresó el paciente en esta fecha? **C:** Doctor según la Historia, pues ósea es un seguimiento, porque dice que el Doctor Mauricio le ordenó una ampolla, le ordenó el tratamiento, cuando yo lo reviso según la historia el paciente ya está bien y se le da el egreso. porque según la historia, dice que el paciente ingresó con un dolor, dolor en el cuello, entonces el tratamiento se le administró, se le administró los medicamentos y parece que yo lo yo lo re valoro y le y le doy la salida porque ya está el paciente ya se encontraba bien, el paciente está, está presentando es, es un dolor en el cuello. por esa razón se le la administrado, se le administró la Dipirona y le dieron el acetaminofén. Al momento de la revaloración, pues ya, yo le di el egreso por encontrarse en mejores condiciones. **P:** Doctor, cuando usted le da el egreso al paciente en esta primera oportunidad, podría precisar al Despacho si se le emitieron al mismo algún tipo de recomendación, alguna indicación frente a las actuaciones que se debían adoptar frente al menor. **C:** Sí, a todo paciente, se le habla sobre los síntomas de peligro cuando deben consultar doctor. **P:** ¿Cuáles son esos esas recomendaciones que se le dan al paciente? **C:** Sí presenta fiebre, si presenta dolor, si presenta convulsiones, si presenta digamos, el dolor es intenso, deberá **volver al servicio de urgencias**. **P:** ¿Esas recomendaciones que se le brindan al paciente están directamente relacionadas con la impresión diagnóstica que se establece o se le define en la atención médica de la cual se le está dando egreso? **C:** Eso es recomendaciones, **son signos generales de peligro a las cuales un paciente debe regresar**. **P:** ¿Esas recomendaciones, usted se las hizo al paciente en esta fecha 8 de octubre del 2015? **C:** Sí, Doctor, 46:41A todos los pacientes se las hace la misma recomendación porque tenemos, digamos nosotros, manejamos un, digamos, tenemos unos síntomas a las cuales a todos **se les dice porque son síntomas de peligro, a los que cada paciente debe devolver**. **P:** ¿OK, se lee en este caso, y específicamente al paciente Cristian Alejandro Jiménez Ortega se le hizo alguna recomendación o alguna indicación adicional a la que a las que usted ya ha indicado? **C:** Únicamente se le dijo los signos de peligro, y si les entrega la forma de salida. (...) **P:** cuando un paciente ingresa al nivel uno como es en este caso del hospital el Bordo y presenta entres sus síntomas como usted lo ha indicado Dolor abdominal, vomito, fiebre, se le deben al mismo ordenar, ¿un tipo de paraclínico o no es necesario? **C:** tratamos de ordenar paraclínicos para evitar alguna infección **P:** ¿Usted podría precisar porque motivo en la atención del 8 de octubre de 2015, en la que usted refiere dio egreso al paciente, se le dio egreso al mismo sin haberle practicado ningún paraclínico? **C:** Pues, según esto dice que el paciente fue con un dolor en el cuello, entonces se pudo suponer que la que era algo muscular. (...) **P:** Y Doctor Francisco, de conformidad con la historia clínica del día 8 de octubre del 2015 que estamos viendo en pantalla, el paciente ingresa no sólo con el dolor del cuello que usted nos refiere. Se anota en la historia clínica lo siguiente, "paciente, **hace dos días viene con fiebre, malestar, dolor del cuello, lado izquierdo**. Y bueno, no hay otros síntomas. De conformidad con esos signos que presentaba el paciente en esa oportunidad, de acuerdo con su conocimiento médico, ¿era oportuno o era necesario ordenarle algún paraclínico?(...) Teniendo en cuenta los síntomas que se describen en esta nota de historia clínica que corresponde al día 8 de octubre del 2015, en dicha atención médica, de acuerdo con su conocimiento médico, era oportuno, o era necesario que se le practicara al menor algún tipo de

paraclínico de manera previa al momento de darle egreso.? (...) **C:** Nosotros mandamos los paraclínicos dependiendo también a los síntomas que presente el paciente, (...) **El paciente estaba con una temperatura de 36°, no estaba con fiebre, entonces son síntomas que el la paciente, fue decir, que el paciente al tomarle la temperatura, no está con temperatura, pues por esa razón, se da tratamiento de analgésico y no envía paraclínicos.**(..) **P:** En esta nota, historia clínica se refiere que el paciente presenta fiebre,. que viene con fiebre desde hace dos días. El Bordo especialmente, bueno y el Patía en este caso era una zona endémica de dengue para el año 2015.? **C:** Sí. **P:** ¿Y teniendo en cuenta su respuesta y el hecho de que el paciente provenía en consecuencia de una zona de un área endémica de dengue y presentaba fiebre desde hacía dos días, era dable sospechar en este momento el día 8 de octubre que el mismo cursaba con un dengue? **C:** **NO, porque dentro del dengue no hay un dolor del cuello, o sea, son síntomas aislados.** **P:** Ya, usted podría precisar al despacho, de acuerdo con su conocimiento médico, ¿en qué consisten las astralgias? **C:** Dolores de los huesos. **P:** Ya, de acuerdo con las guías y procedimientos médicos, protocolos, cuando un paciente presenta dengue, presenta dolores musculares o el cuerpo. **C:** ¿de huesos doctor. **P:** Si eventualmente el día 8 de octubre del 2015 se hubiese practicado algún tipo de paraclínico al menor TI.58:43 Cristian. ¿Sí habría podido evidenciar alguna alteración en estos resultados? (...) **C:** Ahí no, no sé decirle, doctora, no sé decirle, doctor. (...) **P:** ¿Usted tenía conocimiento y en base a qué usted afirma que el Bordo Bolívar era una zona endémica de dengue? **C:** ¿Pues siempre nos llegaban pacientes con dengue doctor,1:04:04 siempre se atendía a pacientes con dengue? (...) **P:** Los síntomas con los cuales llega el paciente en la primera atención del 8 de octubre, de acuerdo a su conocimiento médico, dan para dar un diagnóstico o una impresión diagnóstica inicial de posible, ¿presencia de Dengue? **C:** No, doctor. **P:** ¿Eh? ¿Cuál es el tratamiento o el tratamiento que decidió dársele al paciente en la primera atención del 8 de octubre de 2015, de acuerdo a su conocimiento y a su práctica médica y protocolos daba para tener al paciente hospitalizado, por tener una inferencia de dengue? **C:** Únicamente lo que se aplicó fue a analgésico, Doctor. **P:** En razón de la de la impresión diagnóstica que tenía o que se dio en ese momento se le dio tratamiento analgésico y terminó la atención por el hospital. **C:** Sí, señor. **P:** ¿Vuelvo y le pregunto a usted, no había, con los síntomas con los cuales llegó el paciente, no había inferencia de algún tipo de otro padecimiento o enfermedad que pudiera tener?: **C:** No, doctor. (...) **P:** ¿De acuerdo a la experiencia que usted tiene como médico general, me puede aclarar cuáles son los síntomas más visibles de un paciente que presenta dengue? **C:** El paciente Doctoral llega inicialmente con lo que, es la fiebre, posiblemente llega dolor ocular, cefalea y dolor en todo, lo que él dice, las articulaciones en los huesos. Esos son los síntomas que nosotros miramos para un paciente con dengue. **P:** De acuerdo a los protocolos que existían en la entidad para la fecha de los hechos, qué debían ustedes valorar para efectos de no sé, prender las alarmas a fin de establecer o descartar que dicho paciente. ¿Tuviera esa enfermedad y poder darle el tratamiento adecuado? **C:** Ahí es donde nosotros solicitamos lo que es, Paraclínicos, pues como era primer nivel, allá se tenía lo básico, lo que era el hemograma y el parcial de orina. (...) **P:** Si de los síntomas que usted le acaba de referir a la señora juez, puede existir, algunos casos asintomáticos, es decir, que no presenten ninguno de esos síntomas. El dengue puede ser asintomático.? **C:** Si, doctor, el dengue puede ser asintomático. Hay, personas que pueden tener dengue, pero pues o sea no, no presentan ningún síntoma. **P:** ¿Pero hay algún síntoma de los que usted refiere, que sea necesariamente, necesario e

*imprescindible que se presente para que el médico sospecha de dengue?:
C: El dolor abdominal, doctor."*

Según lo expuesto por el médico general, y el reporte consignado en la historia clínica, se evidencia que el menor no presentaba los signos característicos de un cuadro de dengue, o al menos no fueron informados al médico tratante, como quiera que en la primera valoración efectuada, su temperatura corporal arrojó 36°C, y el dolor estaba localizado solamente en el cuello lado izquierdo.

Luego de 10 horas de observación, el paciente fue dado de alta, por cuanto respondió satisfactoriamente al tratamiento analgésico brindado. Al respecto indica el médico tratante que realizó las recomendaciones pertinentes para el cuidado en casa, y su consulta por urgencias si presentaba dolor intenso, convulsiones o cualquier signo general de peligro que determinara una nueva atención.

El 9 de octubre de 2015 los padres del menor decidieron consultar con un médico particular de la institución LABOR MÉDICA IPS VALLE DEL PATÍA S.A.S., quien luego de realizar algunos exámenes de laboratorio, tampoco pudo diagnosticar el dengue que contrajo el menor (fls 37 a 48, archivo 1 Cdno Ppal).

Ahora bien, sobre los protocolos de diagnóstico y manejo de la enfermedad, la guía para la Atención Integral de Paciente con Dengue, precisa lo siguiente: (fls 5 a 44, archivo 76).

"(...) El dengue es una enfermedad viral, de carácter endémo-epidémico, transmitida por mosquitos del género Aedes, principalmente por Aedes aegypti, que constituye hoy la arbovirosis más importante a nivel mundial en términos de morbilidad, mortalidad e impacto económico. (Martínez, 2008).

Tiene diversas formas clínicas desde cuadros indiferenciados, asintomáticos hasta formas graves que llevan a shock y fallas en órganos vitales, pero debe ser enfocada como una sola enfermedad."(fl 14 , archivo 76)

Indica la guía que el Dengue es una enfermedad potencialmente mortal que puede ser asintomática o evidenciarse de forma exacerbada y súbita con consecuencias fatales:

*"También existen las formas clínicas que por no ser tan frecuentes se les llama "atípicas" que resultan de la afectación especialmente intensa de un órgano o sistema: encefalopatía, miocardiopatía o **hepatopatía por dengue**, así como la afectación renal con insuficiencia renal aguda y otras que también se asocian a mortalidad (Martínez, 2005)." (fl 17 , archivo 76)*

En relación con la etapa febril, indica la guía lo siguiente:

***"La etapa febril:** es variable en su duración y se asocia a la presencia del virus en sangre (viremia). Como en otras enfermedades, la evolución hacia la curación pasa por la caída de la fiebre y durante la misma el enfermo va a tener sudoración, astenia o algún decaimiento, toda esta sintomatología es transitoria.*

La caída de la fiebre se asocia al momento en que el paciente se agrava, y la defervescencia (transición de la etapa febril a la etapa afebril), anuncia el inicio de la etapa crítica de la enfermedad. (fl 17 , archivo 76) (...)

Generalmente la primera manifestación clínica es la fiebre de intensidad variable, aunque puede ser antecedida por diversos pródromos. La fiebre se asocia a cefalea, dolor retroocular, artralgias, mialgias que es el cuadro conocido como dengue sin signos de alarma.

En los niños, es frecuente que la fiebre sea la única manifestación clínica o que la fiebre este asociado a síntomas digestivos bastante inespecíficos. La fiebre puede durar de 2 a 7 días y asociarse a trastornos del gusto bastante característicos.

(...)

Identificar la secuencia de las manifestaciones clínicas y de laboratorio es muy importante para diferenciar el dengue de otra enfermedad que pudiera tener alteraciones semejantes, pero en distinto orden de presentación y además, constituye la única posibilidad de detectar precozmente cual es el paciente de dengue que puede evolucionar o está ya evolucionando hacia la forma clínica grave como dengue hemorrágico y choque por dengue. (fl 19, archivo 76)

(...)

***Caso probable de dengue:** Todo paciente que presente una enfermedad febril aguda de hasta siete días, de origen no aparente, **acompañada de 2 o más** de los siguientes **síntomas:** cefalea, dolor retroocular, mialgias, artralgias, postración, exantema, y que además tenga antecedente de desplazamiento (hasta 15 días antes del inicio de síntomas) o que resida en un área endémica de dengue. (fl 22, archivo 76) (...)*

3.1. ANAMNESIS

La historia clínica del paciente probable de dengue debe ser lo más detallada posible, y se deben registrar los ítems evaluados en la historia clínica

3.1.1. Enfermedad actual

Precisar el día y hora de inicio de la fiebre, cronología de los signos y síntomas, búsqueda de signos de alarma (Cuadro 1), búsqueda manifestaciones hemorrágicas como hematemesis, melenas, epistaxis, etc.

En niños los síntomas son inespecíficos presentando pérdida de apetito, y Síntomas gastrointestinales principalmente vómito, dolor abdominal y distensión abdominal, etc.

Cuadro 1. Signos de alarma de dengue

1. Dolor abdominal intenso y continuo
2. Vómitos persistentes
3. Hipotensión postural /lipotimias
4. Hepatomegalia dolorosa

5. Hemorragias importantes: Melenas, hematemesis
6. Somnolencia o irritabilidad
7. Disminución de la diuresis
8. Disminución repentina de la temperatura /hipotermia
9. Aumento del hematocrito Asociado a una caída abrupta de plaquetas
10. Acumulación de líquidos: ascitis, edema, derrame pleural. (fl 23, archivo 23)

(...)

3.2.1. Examen físico general

Se debe buscar edema (palpebral, de pared abdominal, y de extremidades), verificar llenado capilar, manifestaciones hemorrágicas en piel, mucosas, escleras. Evaluar estado de hidratación.

3.2.2. Signos vitales

Toma de tensión arterial en dos posiciones, frecuencia cardíaca, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura (importante evaluar teniendo en cuenta que es importante para establecer la fase en la que se encuentra el paciente) y peso. Verificar tensión arterial diferencial menor o igual a 20 mmHg. (Cuadro 2) "(fl 24, archivo 76)

Atendiendo el historial clínico del menor reportado el 8 de octubre de 2015, se puede establecer que el paciente no presentaba los signos de alarma característicos del dengue, según los protocolos de diagnóstico y manejo de la enfermedad, pues la anamnesis registrada en la historia clínica solo refiere lo siguiente: (fls 276 y 277, archivo 1 Cdno Ppal)

- (...) DOLOR DEL CUELLO y ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE HACE DOS DIAS VIENE CON FIEBRE, MALESTAR DOLOR DEL CUELLO LADO IZQUIERDO, NO HAY VOMITO, NO HAY OTROS SINTOMAS."

Si bien la madre del paciente comentó que el menor había presentado fiebre durante dos días, en el momento de la consulta, su temperatura corporal estaba en un rango normal, 36°C³¹, y solo reportó un dolor en el cuello, síntoma que no está asociado a los signos de alarma que presenta el virus del dengue.

Practicado el examen físico del menor, se anotó lo siguiente:

"EXAMEN FÍSICO: "ESTADO_NUTRICIONAL: Estado Normal; ASPECTO_GENERAL: Estado Normal; CABEZA: Estado Normal; OJOS: Estado Normal; BOCA: Estado Normal; ORL: Estado Normal; **CUELLO: DOLOR EN EL LADO IZQUIERDO NO HAY MASAS;** TORAX: Estado Normal; CARDIO_RESPIRATORIO: Estado Normal; ABDOMEN: Estado Normal; GENITO URINARIO Estado Normal; TACTO RECTAL: Estado Normal; OSTEOMUSCULAR: Estado Normal; EXTREMIDADES: Estado Normal; ESFERA_MENTAL: Estado Normal; NEUROLOGICO: Estado

³¹ **Rango de temperatura normal: (...) Rectal.** Una lectura de 98.6 °F (37 °C) es la temperatura rectal promedio. Un mínimo normal puede ser de 96.8 °F (36 °C) por la mañana. Puede cambiar a un máximo de 100.3 °F (37.9 °C) al final del día. Este es un rango normal. (...) **Oral.** Una lectura de 97.6 °F (36.5 °C) es la temperatura promedio en la boca. Un mínimo normal puede ser de 95.8 °F (35.5 °C) por la mañana. Puede cambiar a un máximo de 99.9 °F (37.7 °C) al final del día. Este es un rango normal.(...) □ Su hijo tiene fiebre indudablemente si: □ Temperatura rectal (cola), del oído o la frente: 100.4 °F (38.0 °C) o más (...) □ Temperatura oral (boca): 100 °F (37.8 °C) o más. <https://www.childrenscolorado.org/es/conditions-and-advice/conditions-and-symptoms/symptoms/febre/?language=es>

Normal; PIEL: Estado Normal; MAMAS: Estado Normal" (fls 277, archivo 1 Cdno Principal)

Aunado a lo anterior, sobre la atención médica dispensada al menor el 08 de octubre, el dictamen pericial realizado colige lo siguiente:

"En la primera consulta al HOSPITAL NIVEL I EL BORDO E.S.E el 08-10-2015 a la 1:18 am el paciente tenía un cuadro de 2 días de fiebre, malestar, dolor del cuello del lado izquierdo, sin vómito ni otros síntomas. No presentaba signos de alarma para dengue. Sin embargo el lugar de residencia del menor es un municipio endémico para Dengue, por lo tanto ante clínica de fiebre es factible realizar una impresión diagnóstica de Dengue.

A pesar de que la aproximación diagnóstica anterior es muy plausible epidemiológica y clínicamente, también existen otros diagnósticos diferenciales apropiados para el momento de la consulta en el día 2 de fiebre(...)". Subrayado fuera de texto. Seguidamente relaciona las patologías con espectro clínico similar al dengue, entre ellas influenza, enterovirus, malaria, salmonelosis, alergias cutáneas, entre otras (folio 46 archivo 82).

La experticia médica, permite colegir que por la fiebre que presentaba el menor y la zona endémica en la que se encontraba, no descartaban el diagnóstico de dengue, pero también era plausible diagnosticarlo con otra patología de espectro clínico similar.

Con todo, aún en casos probables de dengue, cuando se presenta fiebre de 2 a 7 días, pero no hay hemorragia, deshidratación, signos de alarma o choque, y el paciente no pertenece a ningún grupo de riesgo, los protocolos indican que debe ser manejado ambulatoriamente, con reposo en cama, ingesta oral de líquidos, control de fiebre con acetaminofén, vigilando sus signos, para acudir urgentemente al servicio de salud, de ser necesario (folio 22 archivo 82).

Considera la médica que rindió el dictamen, que la atención hospitalaria que recibió el menor el 8 de octubre de 2015 **fue adecuada**, según la guía del Ministerio de Salud y Protección Social vigente para el año 2015, por cuanto el menor no presentaba síntomas distintos a la fiebre y dolor de cuello, permaneciendo 10 horas en observación para controlar la temperatura. Dado que el paciente mejoró y presentó tolerancia oral, se le dio salida con fórmula médica y recomendaciones generales (respuesta al interrogante 17 folio 47 archivo 08).

No es posible asegurar entonces, que el médico que valoró en la primera oportunidad al menor, hubiese incurrido en una falla del servicio al diagnosticar de manera errónea o indebida el virus contraído, dado que el paciente no presentaba los signos de alarma que advirtieran de un posible contagio de la enfermedad, al menos dos, como se indica en el protocolo transcrito, como son; enfermedad febril aguda de hasta siete días de origen no aparente, acompañada de 2 o más de los siguientes síntomas: cefalea, dolor retroocular, mialgias, artralgias, postración, exantema, y que además tenga antecedente de desplazamiento (hasta 15 días antes del inicio de síntomas) o que resida en un área endémica de dengue. Tampoco presentaba manifestaciones hemorrágicas, pérdida de apetito, síntomas gastrointestinales como vómito, dolor

abdominal, distensión abdominal, disminución repentina de la temperatura /hipotermia, entre otros, según el protocolo médico citado.

En la declaración rendida, médico Francisco Darwin Palacios, advierte de la ausencia de síntomas, cuando manifiesta:

"P: *Teniendo en cuenta su respuesta y el hecho de que el paciente provenía en consecuencia de una zona de un área endémica de dengue y presentaba fiebre desde hacía dos días, era dable sospechar en este momento el día 8 de octubre que el mismo cruzaba con un dengue? C:* **NO, porque dentro del dengue no hay un dolor del cuello, o sea, son síntomas aislados.**"(Archivos 86 y 87).

Bajo este contexto, la tesis expuesta por los accionantes, según el cual *"existía...una probabilidad muy grande de que estuviese cursando con dengue (..)* no tiene sustento probatorio, pues se itera, los signos presentados se podían asociar a distintas patologías que presentan espectros clínicos similares.

La ausencia de fiebre de más de 7 días y al menos dos signos de alarma de los mencionados en la guía del Ministerio de Salud, no permitían diagnosticar de manera definitiva, la presencia del virus del dengue en la valoración realizada el 8 de octubre de 2015, así el menor residiera presuntamente en un área endémica, como se afirma en los supuestos de hecho.

Con todo, se colige que el tratamiento recibido en aquella oportunidad por el menor, fue el adecuado, pues se itera, que aunque se hubiese diagnosticado como un caso probable de dengue, el protocolo del Ministerio de Salud indicaba que debía ser tratado de manera ambulatoria, por la falta de signos de alarma o choque.

Lo expuesto no permite establecer que en la atención brindada el 8 de octubre de 2015, el médico tratante hubiese incurrido en una falla del servicio por indebido diagnóstico de la enfermedad.

b) Sobre el suministro de dipirona.

Tampoco es posible asegurar que el suministro del medicamento dipirona, generó el desenlace fatal del menor, pese a la restricción que existe de este medicamento en pacientes con dengue, por la presunta predisposición para la producción de extravasión o sangrados corporales.

Indica la Guía para la Atención Integral de Paciente con Dengue expedida por el Ministerio de Salud que **"La Dipirona debe ser considerada para manejo exclusivo de segundo y tercer nivel, no se debe administrar intramuscular, ni en paciente pediátrico, y cuando se utilice se debe informar riesgos."** (fls 27, archivo 76)

Según se analizó en renglones anteriores, para el 8 de octubre de 2015, no existía sintomatología que evidenciara que el menor Cristian Alejandro Jiménez Ortega estuviese contagiado de dengue (q.e.p.d.). Por tal razón y atendiendo el diagnóstico principal: 8340 - INFECCION DEBIDA A ADENOVIRUS SIN OTRA ESPECIFICACION", se dispuso su

manejo con DIPIRONA X 1 GR IM y ACETAMINOFEN X 500 MG VIA ORAL" (Resaltado fuera de texto-fl 277, archivo 1 Cdno Ppal)

El médico tratante Dr. FRANCISCO DARWIN PALACIOS, en declaración rendida en el proceso, justificó la prescripción médica en los siguientes términos: (Archivos 86 y 87)

"C: Pues, según esto, dice que el paciente fue con dolor en el cuello, entonces se pudo suponer que era algo muscular.(...) P:Teniendo en cuenta los síntomas que se describen en esta nota de historia clínica que corresponde al día 8 de octubre del 2015, en dicha atención médica, de acuerdo con su conocimiento médico, era oportuno, o era necesario que se le practicara al menor algún tipo de paraclínico de manera previa al momento de darle egreso.? (...) P: Se indica que al paciente se le prescribió el día 8 de octubre y se le suministró dipirona y Acetaminofén. ¿Usted nos podría indicar por favor que efectos tienen estos fármacos en el paciente? C: ¿Son medicamentos analgésicos (...) P:Y usted nos podría precisar por favor, de acuerdo con su conocimiento médico, si la dipirona está o no contraindicada para pacientes con dengue.? (...) C: Esta historia que estoy hablando, lo que me está mostrando es un dolor, digamos, un dolor musculado, un dolor del cuello, o sea, pues allí no, no creo que esté, no creo que esté contraindicada la dipirona"

Por su parte, la Dra. Gina Paola Cabrera Bautista, médico pediatra-epidemióloga Clínica, al rendir dictamen pericial, manifestó lo siguiente: (archivo 82)

"13. Precise si recibió tratamiento farmacológico y en caso afirmativo si el mismo resultaba adecuado para brindar tratamiento al menor, conforme a los síntomas padecidos. C/Según se describe en la historia clínica del menor Ingresó al HOSPITAL NIVEL I EL BORDO E.S.E el 08-10-2015 a la 1:18 am por cuadro de 2 días de fiebre, malestar, dolor del cuello del lado izquierdo, sin vómito ni otros síntomas. Le ordenaron manejo antipirético y analgésico con acetaminofén, diclofenaco, naproxeno, no obstante, según las notas de enfermería únicamente se aplicó dipirona intramuscular y se suministró media tableta de acetaminofén (250mg). El paciente evolucionó afebril, con tolerancia a la vía oral y dieron egreso con orden médica y recomendaciones. El tratamiento suministrado de dipirona y acetaminofén funciona para el control de la fiebre, malestar y dolor de cuello referidos por el menor. (...)

Dicho concepto médico coincide con el dictamen pericial practicado, en el cual se establece lo siguiente:

14. ¿De acuerdo con los protocolos y su experticia médica, precise si los medicamentos formulados al menor se encuentran contraindicados en pacientes con dengue?

(...) En las directrices para "Diagnóstico clínico y el tratamiento del dengue, la chikunguña y el zika" año 2022 plantean la pregunta: ¿Qué intervenciones farmacológicas pueden indicarse para el manejo de los síntomas? El panel responde que se sugiere el uso de paracetamol (acetaminofén) en lugar de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), antihistamínicos o esteroides para el manejo sintomático inicial en los pacientes con arbovirosis."

Resultado Número de Participantes (estudios)	Impacto	Certeza
Efectos secundarios de los AINE	Efectos secundarios de los AINE en pacientes con dengue. <u>Existe incertidumbre del impacto del uso de los AINE sobre el riesgo de sangrado en pacientes con dengue</u> (1 estudio no aleatorizado)¹ que incluyó 683 pacientes con dengue y 154 sangrados de impacto clínico no detallado, comunicó una OR ajustado de 0,86 (IC 95% 0,51-0,97), 4 estudios no aleatorizados que incluyeron 2054 pacientes con dengue y 368 sangrados sin ajuste por variables confundidoras comunican resultados discordantes, 2 señalan mayor incidencia en pacientes que recibieron AINE²• y 2, no.⁴⁵. Existe incertidumbre en el impacto del uso de AINE sobre el dolor abdominal en pacientes con dengue (1 estudio no aleatorizado que incluyó 238 pacientes con dengue y 91 eventos observa incidencias similares en pacientes expuestos (36%) y no expuestos (37%) a AINE),. Existe incertidumbre en el impacto de los AINE sobre la lesión hepática en pacientes con dengue (1 estudio no aleatorizado)² que incluyó 977 pacientes con dengue, comunica un aumento en el riesgo de alanino - aminotransferasa (ALT) >300 U/L [OR = 2,1; IC 95%: 0,89-51 mientras que niveles de ALT >1000 U/L se observaron en 1,5% de pacientes que recibieron AINE y en ningún paciente que NO recibió AINE). Efectos secundarios de los AINE en general. Busse señal un aumento de riesgo de eventos gastrointestinales coma nausea> y dolor abdominal en 3361 pacientes con lesiin mustutoesqueletica aguda incluidos en 18 estudios aleatorizados (RR = 1,78; IC 95%: 1,33-2,39) en pacientes que recibían AINE, en comparación con aquellos que no los recibían. En resumen: <u>el uso de AINE en pacientes con dengue podría asociarse a molestias gastrointestinales, como náuseas y dolor abdominal, mientras que el impacto en el riesgo de sangrados y la lesión hepática es incierto.</u> La certeza de la evidencia es MUY BAJA a BAJA, considerando principalmente los problemas metodológicos y la incoherencia".	MUY BAJA

Así las cosas, se establece que la dipirona sirve para el tratamiento de patologías que requieran analgesia y que, incluso en pacientes con Dengue, si bien está limitado, no es determinante en relación con el riesgo de sangrados y lesión hepática que pueden presentarse en el desarrollo de la enfermedad.

En la contradicción de su experticia, la perito expuso lo siguiente: (archivo 104)

"P: ¿Usted nos podría explicar por qué motivo los Aines están contraindicados en pacientes con Dengue? **C:** El menor Cristian, en sus primeros 2 días de manejo de lo que tenemos reportado en la historia clínica e ingreso al primer nivel no recibió al mes, no se le fueron suministrados esos medicamentos, en la historia clínica reposa como que se formularon, pero en lo que se administró, que son las notas de enfermería, no está registrado ningún manejo de ese tipo de Aines, porque están contraindicados. ¿Los Aines y las aspirinas por qué están contraindicados? Porque favorecen la fuga capilar, favorecen la complicación. Entonces nosotros evitamos dar esos medicamentos, porque se ha reportado que, aumentan la complejidad o las complicaciones en un paciente con dengue, entonces no, no lo suministramos. **P:** Gracias, doctora en esa misma pregunta, número 3 y en la contestación que usted nos ha dado, también indica lo siguiente, abro comillas, la Dipirona debe ser considerada para manejo exclusivo de segundo y tercer nivel, no se debe administrar intramuscular ni en pacientes pediátricos. Usted nos podría indicar, por favor, por qué motivo la Dipirona no se debe administrar en paciente pediátrico o vía intramuscular, ¿como lo indica en esta respuesta? **C:** Sí, señor, con mucho gusto. La Dipirona es un medicamento que, específicamente en el dengue, el único medicamento que se puede usar prácticamente es el acetaminofén. La Dipirona está contraindicada en primer nivel, por lo que un médico tiene dificultad, tal vez de manejar las complicaciones derivadas del uso del medicamento. En lo cual están capacitados en un segundo o tercer nivel. Sin embargo, el manejo de la fiebre con acetaminofén a los padres se les dificulta muchas veces y lo vemos en la vida diaria. El paciente uno solamente como médico o como pediatra en especializaciones, hablando específicamente de eso, cuando uno recomienda el acetaminofén, los papás reconsultan múltiples veces porque dicen no poder controlar la fiebre y lo que pasa es que la fiebre es un proceso fisiológico en niños, y el menor consultó a la una de la mañana el día 8. Eso significa que probablemente los padres no pudieron controlar el dolor con el acetaminofén en casa y el hecho de un niño de 10 años, porque es más fácil que un papá consulte más rápidamente con un bebé, con un lactante o con un neonato, con un niño pequeñito preescolar, pero que, un papá consulte con un niño de 10 años a la una de la mañana a un hospital, no es, debe ser que algo le pasó a los papás, no pudieron controlarlo en casa, incluso la nota dice que al niño se le dio dosis de acetaminofén en el hospital. El consultó a la una de la mañana, se le dieron en 250 miligramos de acetaminofén. Es probable, no está escrito, no lo puedo, pues, decir o aseverar, que no pudieron controlar la fiebre también con el acetaminofén y tuvieron que recurrir a la Dipirona, para controlar la fiebre y a veces manejar el escenario de la fiebre, se vuelve muy importante para el malestar del paciente, para el compromiso general del paciente que está consultando, porque ellos se ponen muy irritables, como con angustia y ansiedad, y eso también le transmite a los papás del niño, angustia y ansiedad, y es probable que un papá se ponga incluso agresivo porque uno no logra controlar la fiebre del menor. Sí,

entonces necesita mucha tolerancia y entendimiento de la enfermedad para dar el plazo de evolución, el plazo de evolución de un cuadro febril. No sé por qué motivos los padres consultaron a la una de la Mañana en un primer nivel. En un principio pienso que, es porque no lo pudieron manejar en la casa y pienso que lo mismo le pasó a los médicos o al personal de salud que atendió el paciente en el primer nivel del Bordo, porque ellos suministraron la acetaminofén. Pienso que si tuvieron que poner Dipirona, fue porque no pudieron controlar la fiebre con acetaminofén. Es lo que puedo deducir de lo que está escrito en la historia, Doctor, no, hay como más detalles que me lleven a considerar el uso de la Dipirona, solo viendo horas plausibles clínicas y plausibilidad de la familia, es lo que me hace pensar en eso, en ese actuar”

De lo expuesto, se puede considerar que la dipirona funciona para el control de dolor de cuello que refirió el menor.³² Además se advierte que su uso está restringido en el primer nivel de atención, siempre y cuando se cuente con un diagnóstico de dengue, con el fin de evitar la predisposición al sangrado que puede traer consigo el desarrollo de la enfermedad.

Al respecto, el Dr. Francisco Darwin Palacios, no refirió en la historia clínica que el medicamento fuera prescrito para controlar la fiebre, por el contrario, dejó expresa nota que indicaba que el paciente se encontraba a febril. Aclara el galeno en su declaración, que el medicamento fue utilizado como analgésico para el dolor de cuello, síntoma para el cual no estaba contraindicada la dipirona (Archivos 86 y 87)

Además, el suministro del medicamento trajo consigo el control del dolor, al punto que el paciente fue dado de alta el mismo 8 de octubre de 2015 a las 11: 26 horas, con recomendaciones de volver a consulta en caso de que los síntomas persistieran.

En la declaración de la Dra. Luisa Carolina Rodríguez Mejía, médico especialista en pediatría del Hospital Susana López de Valencia, manifestó respecto al uso de la dipirona, lo siguiente:

P: ¿Usted nos podría precisar si los medicamentos, naproxeno, diclofenaco sódico, acetaminofén y, dipirona son antiinflamatorios no esteroideos o comúnmente denominados aines? **R:** Todos no, el acetaminofén no lo es. **P:** ¿Los demás sí lo son? **R:** Los demás, sí. **P:** De acuerdo con su conocimiento y experticia médica, **P:** ¿Usted nos podría indicar si esta clase de medicamentos, los aines, concretamente, el naproxeno, el diclofenaco y la dipirona? ¿Se encuentran o es posible administrarlos o no a un paciente que presente diagnóstico o diagnóstico probable de dengue? **R:** La guía indica que no. **P:** ¿Por qué motivo no se deben suministrar? **R:** No, el dengue disminuye otras células de defensa es un efecto que no es muy frecuente, pero está descrito y por esa razón. Digamos que hay una recomendación de precaución con la dipirona y los aines, en algunos pacientes aumentan el riesgo de sangrado y como es otra de las complicaciones de los pacientes, estaría por eso asociado a las recomendaciones. **P:** ¿De acuerdo con su conocimiento médico, usted nos podría precisar si el suministro a un paciente con diagnóstico o diagnóstico probable de dengue de los medicamentos, naproxeno y diclofenaco, acetaminofén y dipirona pueden dar lugar a que se camuflen los signos y

³² Dipirona se utiliza ampliamente para el tratamiento del dolor agudo y crónico [10]; en Alemania es un fármaco ampliamente prescrito para estos dos tipos de dolor http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74182014000100012

síntomas propios del dengue? R: *No se camuflan, son medicamentos sintomáticos, es decir, alivian algunos síntomas.*

También se resalta que el 9 de octubre de 2015 a las 10:40 am, el menor *Cristian Alejandro Jiménez Ortega (q.e.p.d.)*, fue valorado de manera particular en la entidad LABOR MÉDICA IPS VALLE DEL PATÍA S.A.S. En el reporte de Historia Clínica, se consigna como motivo de consulta *"M.C. Dolor en el Hombro izquierdo y fiebre, sin embargo al consignar signos vitales se describieron los siguientes valores de referencia "Peso: 23 Kg, Talla: 131 cm, FC 112, FR: 18; Tº 37,2 ³³, PA 80/40"*

En los registros médicos se realizó la siguiente anotación: *"Fiebre + dolor en el cuello +- 3 días de evolución en manejo y estudio no tiene formula de la formulación hospital (...) Paciente a febril (Resaltado fuera de texto) (...) Cabeza: Normal (...) Ojo: Conjuntiva (...ORL: Normal (...) Crz: Pulmón limpio Bien Ventilados (...) corazón ritmo sinusal (...) Abd: Blando (...) no masas (...) Dx febril a estudio" (Resaltado fuera de texto)*

Se ordenaron y practicaron los siguientes exámenes paraclínicos: (fl 46 a 48 , archivo 1 Cdno Ppal)

"MC: Lectura de exámenes: Hemograma: Leucocitos: N (...) Eritrocitos (en aumento) (...) Hb: 14; Plaquetas= 178 (...) Uroanálisis (...)

(...)

- 1. dx febril a estudio*
- 2. I vu a estudio.*
- 3. cervicalgia a estudio*

(...)

- 1. Dolex : 10 cc/ 6 -Dexametasona +1*
- 2. IMR 6 CC c/ 12 H*
- 3. Vitamina C #30*
- 4. Si presenta dolor volver + urgencias*
- 5. Control 24 Horas "*

Al momento de la valoración, el paciente se encontraba a febril. Con todo, los síntomas por los cuales consultó el menor, no generó sospecha de un posible cuadro de dengue, por el contrario, la sintomatología fue relacionada con una infección de vías urinarias (IVU) ³⁴.

Se puede concluir entonces, que el medicamento dipirona suministrado al menor el 8 de octubre de 2015, no causó ninguna reacción adversa, por el contrario, en la valoración física y los exámenes de laboratorio practicados por el médico particular el 9 del mismo mes y año, no se evidencia ningún sangrado que alertara al profesional de la salud.

³³ Pese a consultar por fiebre, la temperatura se encuentra dentro de los valores normales: " **Rango de temperatura normal (...)****Oral.** Una lectura de 97.6 °F (36.5 °C) es la temperatura promedio en la boca. Un mínimo normal puede ser de 95.8 °F (35.5 °C) por la mañana. Puede cambiar a un máximo de 99.9 °F (37.7 °C) al final del día. Este es un rango normal. Su hijo tiene fiebre indudablemente si: Temperatura oral (boca): 100 °F (37.8 °C) o más

<https://www.childrenscolorado.org/es/conditions-and-advice/conditions-and-symptoms/symptoms/fiebre/?language=es>

³⁴ Una infección de las vías urinarias o IVU es una infección del tracto urinario.

<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000521.htm>

Tampoco se aporta alguna prueba que determine que la dipirona produjo el sangrado del paciente y a pesar de que en el protocolo del Ministerio de Salud se indiquen algunas precauciones para su suministro, por los posibles riesgos en los enfermos de dengue, los estudios científicos que enuncia la perito, coligen que la reacción es incierta.

Así las cosas, ante la falta de prueba que acredite el presunto nexo causal entre el suministro de la dipirona y el posterior fallecimiento del paciente, el cargo formulado, no tiene vocación de prosperidad.

c- La falta de recomendaciones médicas suministradas el 8 de octubre de 2015 para el manejo en casa del virus del dengue.

Sobre las recomendaciones realizadas por el médico tratante el 8 de octubre de 2015, se indica en la historia clínica lo siguiente:

*"(...)8/1072015 11:35:53 PTE EN MEJORES CONDICIONES EL MEDICO LO VALORA Y DECIDE DAR DE ALTA CON FM Y CON **RECOMENDACIONES Y EGRESA** PTE DEL SERVICIO DE URGENCIAS LO HACE POR SUS PROPIOS MEDIOS Y EN BUEN ESTADO (...)"*. (Resaltado fuera de texto)

Al respecto el Dr. Francisco Darwin Palacios, refirió lo siguiente: (Archivos 86 y 87)

*"**P:** Doctor, cuando usted le da el egreso al paciente en esta primera oportunidad, podría precisar al Despacho si se le emitieron al mismo algún tipo de recomendación, alguna indicación frente a las actuaciones que se debían adoptar frente al menor. **C:** Sí, a todo paciente, se le habla sobre los síntomas de peligro cuando deben consultar doctor. **P:** ¿Cuáles son esos esas recomendaciones que se le dan al paciente? **C:** Sí presenta fiebre, si presenta dolor, si presenta convulsiones, si presenta digamos, el dolor es intenso, deberá **volver al servicio de urgencias.** **P:** Esas recomendaciones que se le brindan al paciente están directamente relacionadas con la impresión diagnóstica que se establece o se le define en la atención médica de la cual se le está dando egreso? **C:** Eso es recomendaciones, **son signos generales de peligro a las cuales un paciente debe regresar.** **P:** ¿Esas recomendaciones, usted se las hizo al paciente en esta fecha 8 de octubre del 2015? **C:** Sí, Doctor, a todos los pacientes se las hace la misma recomendación porque tenemos, digamos nosotros, manejamos un, digamos, tenemos unos síntomas a las cuales a todos **se les dice porque son síntomas de peligro, a los que cada paciente debe devolver.** **P:** OK, se lee en este caso, ¿y específicamente al paciente Cristian Alejandro Jiménez Ortega se le hizo alguna recomendación o alguna indicación adicional a la que a las que usted ya ha indicado? **C:** Únicamente se le dijo los signos de peligro, y si les entrega la forma de salida."*

En la historia clínica, como en la declaración transcrita, se deja constancia que el realizada por el médico que valoró el paciente realizó las recomendaciones pertinentes a los familiares del menor CRISTIAN ALEJANDRO JIMÉNEZ ORTEGA (Q.E.P.D.), para el cuidado en casa o

autocuidado³⁵, condiciones de salud que estaban obligados a preservar, tanto el paciente, como sus padres.³⁶

3.2.4 Falta de diagnóstico oportuno en la atención dispensada el 11 de agosto de 2015 por los galenos del Hospital Nivel I El Bordo E.S.E,

Frente a la segunda atención recibida por el menor CRISTIAN ALEJANDRO JIMENEZ ORTEGA (q.e.p.d), en el Hospital Nivel I El Bordo E.S.E, la parte accionante reprocha la conducta de la entidad, fundamentalmente por dos aspectos: **i)** la realización tardía de exámenes paraclínicos para establecer la impresión diagnóstica sobre el estado de salud del paciente y **ii)** la falta de prueba específica para diagnóstico del virus del dengue en el caso particular.

En relación con el primero de los aspectos, el historial clínico del menor Cristian Alejandro Jiménez Ortega (q.e.p.d.), establece que reingresó al Hospital de la localidad, a las 6:48 :14 pm del 11 de octubre de 2015, reportando las siguientes condiciones de salud:(fls 278 y 279, archivo 1 Cdno ppal)

"FECHA ATENCIÓN DE CONSULTA, Domingo **11/octubre/2015** - **06:48:14 (...)** ANAMNESIS (...) DOLOR ABDOMINAL (...) ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 4 DIA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR ABDOMINAL A NIVEL DE REGION DE MESOGASTRIO ASOCIADO A FIEBRE PARA LO CUAL HA SIDO TRATADO CON DEXAMETASONA, TRIMETROPIN, Y ACETAMINOFEN MEDICAMENTOS DADOS EN OTRA IPS PERO REFIERE QUE A PESAR DE ELLO PERSISTE CON DOLOR MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA (...)ANTS PATOLOGICOS NO REFIERE (...) ALERGICOS NO REFIERE (...) QX NO REFIERE (...) **SE SOLITA TOMA DE LABORATORIOS PARA DEFINIR CONDUCTA** (...) EXAMEN FISICO: ESTADO NUTRICIONAL: Estado Normal; ASPECTO GENERAL: Estado Normal; CABEZA: Estado Normal; OJOS: Estado Normal; BOCA: Estado Normal; ORL: Estado Normal; CUELLO: Estado Normal; TORAX: Estado Normal; CARDIO RESPIRATORIO: Estado Normal; **ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, DOLOROSO A LA PALACION A NVI DE MESOGASTRIO**; GENITO URINARIO Estado Normal; TACTO RECTAL: Estado Normal; OSTEOMUSCULAR: Estado Normal; EXTREMIDADES: Estado Normal; ESFERA-MENTAL: Estado Normal; NEUROLOGICO: Estado Normal; PIEL: Estado Normal; MAMAS: Estado Normal(...)ANALISIS Y DIAGNOSTICO(...) ANALISIS (...)DIAGNOSTICO PRINCIPAL: R104 - OTROS DOLORES ABDOMINALES Y LOS NO ESPECIFICADOS (...)TIPO DE DIAGNOSTICO: IMPRESION DIAGNOSTICA(...) CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL (...) **PLAN DE TRATAMIENTO – ESTUDIOS SOLICITADOS** (...) 902207 - **HEMOGRAMA I [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO Y LEUCOGRAMA]METODO MANUAL +** (...)907106 - **UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA +**"(Resaltado fuera de Texto)

³⁵ AUTOCUIDADO O CUIDADO PERSONAL: es cualquier acción reguladora del funcionamiento del ser humano que se encuentra bajo el control del propio individuo, realizada de forma deliberada y por iniciativa propia. <https://www.sos.com.co/wp-content/uploads/2022/01/deberes-y-derechos-ene-2022.pdf>

³⁶ Sentencia T-413/20 (...) Los afiliados al Sistema de Seguridad Social en salud tienen ciertos deberes que i) son derivados directamente de mandatos constitucionales; ii) incumplir estos deberes acarrea consecuencias, ya sean las que el legislador pueda eventualmente fijar o generando la improcedencia de la acción de tutela; iii) el autocuidado es un deber que tiene origen constitucional e implica diversos comportamientos y circunstancias encaminadas a prevenir y manejar las enfermedades propias, de la familia y de la comunidad y; iv) los padres tienen especiales deberes frente a los niños frente a su atención dentro del sistema, como la obligación de afiliarlos y atender oportunamente las recomendaciones médicas. (Resaltado fuera de texto)

Desde el momento en que ingresó el paciente al centro hospitalario, se evidencia que el personal médico que lo atendió, ordenó la práctica de los exámenes paraclínicos respectivos, los cuales fueron tomados de manera oportuna, toda vez que en el reporte de historia clínica realizada el 11 de octubre de 2015, a las 8:32:05 pm, se pudo establecer lo siguiente: (fl 30, archivo 1 Cdno 1 Ppal)

"FECHA ATENCIÓN DE CONSULTA, Domingo **11/octubre/2015** - **8:32:05 (...) PM** EVOLUCIÓN (...) PACIENTE CON **REPORTE DE PARACLINICOS** ALTERADOS DADO POR LEUCOPENIA Y PLAQUETOPENIA, PERSISTENCIA EPIGASTRALGIA LEVE INTENSIDAD, ALZAS TERMICAS CUANTIFICABLES EN 38.2 POR LO CUAL SE SOLICITA PARACLINICOS COMPLEMENTARIOS PARA DESCARTAR DENGUE" (Resaltado fuera de texto- fl 281, archivo 1 Cdno 1 Ppal)

El argumento que expone la parte accionante cuando refiere que los paraclínicos fueron tomados 14 horas después del ingreso del paciente al centro asistencial, no tiene sustento alguno por cuanto los reportes del historial clínico se pudo establecer que los mismos fueron practicados entre las 6:48 y las 8:32 de la noche del día 11 de octubre de 2015, es decir, en un tiempo inferior a dos (2) horas.

Con fundamento en los resultados de los laboratorios, el médico tratante Dr. Mario Alexander Meza Chávez, definió como impresión diagnostica y plan de tratamiento lo siguiente:

"ANALISIS Y Dagnosticos (...) ANALISIS (...) DIAGNOSTICO PRINCIPAL: **A90X-FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO]** (...) PLAN DE TRATAMIENTO -ESTUDIOS SOLICITADOS (...) DENGUE, ANTICUERPOS IG G+ (...) DENGUE, ANTICUERPOS IG M + "(Resaltado fuera de texto- fl 281, archivo 1 Cdno 1 Ppal)

A partir de la impresión diagnostica referida como dengue clásico y conforme los reportes de la historia clínica, relacionados con la toma de laboratorios para seguimiento o evolución del paciente se dispuso el siguiente tratamiento: (fl 4 archivo 84)

"(...) 11/10/2015 (...) **20:00** PACIENTE EL CUAL PRESENTA T" DE 39° C. SE LE INFORMO AL DR MARIO. EL CUAL ORDENA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS ACETAMINOFEN TAB X 500 MG DAR 2 TAB VO HORA Y LUEGO DEJAR 1 TAB VO CADA 6 HORAS. PACIENTE RECIBIO TRATAMIENTO ORDENADO. —

12/10/2015 **03:11** PACIENTE EL CUAL REFIERE DOLOR ABDOMINAL, PRESENTA UN EPISODIO DE VOMITO. S ELE INFORMO AL DR MARIO. EL CUAL ORDENA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS BUTIL BROMURO DE HIOSCINA AMP X 20 MG DILUDIA EN 10 CC DE SNS AL 0.9% APLICAR 1/2 AMP EVL. PACIENTE RECIBIO TRATAMIENTO ORDENADO.-

12/10/2015(...) **05:30** (...) PACIENTE EL CUAL REFIERE QUE CONTINUA CON DOLOR ABDOMINAL SE LE INFORMO AL DR MARIO. EL CUAL LO REVALORA Y ORDENA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS RANITIDINA AMP X 50 MG DILUIDA EN 10 CC DE SNS AL 0.9% APLICAR 1/2 AMP EVL. PACIENTE. RECIBIO TRATAMIENTO ORDENADO. FOR ORDEN MEDICA **SE LLAMA A LA BACTERIOLOGA PARA TOMAR EXAMENES CH HEMATOCRITO HEMOGRAMA Y LEUCOGRAMA, RECUENTO DE PLAQUETAS "** (...)

PACIENTE QUE DURANTE LA NOCHE DUERME A INTERVALOS CORTOS, REFIERE DOLOR ABDOMINAL, PRESENTA UN EPISODIO DE FIEBRE, SE LE ADMINISTRA MEDICAMENTOS. RECIBIO Y TOLEORO TRATAMIENTO ORDENADO. QUEDA PACIENTE EN URGENCIAS APARENTEMENTE ESTABLE IGUAL TRATAMEINTO. **PENDIENTE REULTADOS DE LABORATORIOS PARA DEFINIR COPNDUCTA MEDICA.**

(...)

07+00 H, PACIENTE EL CUAL SE TOMA HEMOGRAMA DE CONTROL, EL MEDICO LO REVISA Y PROCEDE A COMENTA A UN NIVEL SUPERIOR, PERO NO HAY RESPUESTA, EL MEDICO ORDENA REMITIR COMO **URGENCIA VITAL,**

12/10/2015 **7:15:35** a. m (...) PACIENTE SEGUN REFIERE LA MADRE. PRESENTA CUADRO CLINICO DE 4 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL A NIVEL DE EPIGASTRIO QUE HA IDO INCREMENTANDO EN SU INTENSIDAD, FUE MANEJADO CON ACETAMINOFEM, TRIMETROPRIM SULFA, DEXAMETASONA EN OTRA IPS SIN MEJORIA DE SU CUADRO CLINICO. POR LO CUAL ACUDE A LA INSTITUCION. SE SOLICITO PARACLINICOS EVIDENCIADO LEUCOPENIA + TROMBOCITOPENIA, ALZAS TERMICAS CUANTIFICVADA EN 38.4, EPIGASTRALGIA SIN PRESENCIA DE SANGRADO. **NUEVO REPORTE DE PARACLINICOS** INDICA DESCENSO DE PLAQUETAS CON RESPECTO A LA DE LLEGADA. POR LO CUAL SE DECIDE REMITIR CON IDX: **DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA**" (...) (fl 2 y 3 , archivo 84)

12/010/2015 H 8+30 MEDICO DE TURNO ORDENA TOMAR LABORATORIOS DE DENGUE ANTICUERPOS IGG, DENGUE ANTICUERPOS IGM, LA BACTERIOLOGA LETICIA **NO SE LOS TOMA POR QUE REFIERE QUE NO HAY REACTIVOS EN LA INSTITUCION.**

08+38 H, PACIENTE EL CUAL SALE REMITIDO EN AMBULANCIA A UN NIVEL SUPERIOR, SALE ACOMPAÑADO POR SU FAMILIAR, AUXILIAR, ENFERMERO JEFE, CONDUCTOR DE AMBULANCIA, PACIENTE EL CUAL SALE SOMNOLIENTO, TEMPERATURA DE 36.5 .GRADOS, CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS A MANTENIMIENTO.

SE REALIZA TRASLADO DE PACIENTE DE 10 AÑOS DE EDAD CON DX DE FIEBRE DEL DENGUE, PACIENTE QUIEN PRESENTA DOLOR ABDOMINAL A NIVEL DE MESOGRASTUO, Y FIEBRE DESDE HACE 4 DIAS, DURANTE EL TRASLADO NIÑO REFIERE DOLOR Y NO TOLERA SENTADO, SE TOMAN SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS VALORES NORMALES, SE ENTREGA NIÑO EN HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA A MEDICO DE TURNO, QUEDA PACIENTE EN CAMILLA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SIN NINGUNA COMPLICACION "

Las anotaciones realizadas en la historia clínica revelan que las pruebas de laboratorio fueron tomadas de manera oportuna, a tal punto que permitieron emitir una impresión diagnóstica de fiebre de Dengue (Dengue Clásico), sustentada en la fiebre presentada (la más alta temperatura se reportó en 39 o C), la baja de plaquetas (Trombocitopenia), de leucocitos (leucopenia), vómito y de dolor abdominal. Síntomas que según la Guía para la Atención Integral de Paciente con Dengue expedida por el Ministerio de Salud en el año 2010 y vigente para la época de los hechos, determinaba los parámetros evidentes para definir la patología dispuesta por el médico tratante y brindarle el manejo establecido para dicha enfermedad.

Sobre el segundo punto debe advertirse, que si bien no se realizó una prueba específica para el diagnóstico del virus del dengue, por cuanto el laboratorio del HOSPITAL NIVEL I EL BORDO E.S.E. no contaba con los

reactivos necesarios, lo cierto es que, con fundamento en los exámenes paraclínicos oportunamente practicados y los síntomas que padecía el menor, el médico tratante Dr. MARIO ALEXANDER MEZA CHAVEZ diagnosticó la presencia de la enfermedad en menos de dos horas del arribo del menor al centro asistencial.

La impresión diagnóstica permitió dispensar el tratamiento establecido para el dengue, hasta el momento en que se aseguró su traslado.

Aunado a ello, aclara la médica pediatra que atendió el menor en el Hospital Susana López de Valencia lo siguiente:

P: Usted manifiesta dentro de su relación. Que la enfermedad del dengue como tal no tiene un tratamiento digamos específico y tiene ciertas etapas de evolución de las cuales pues, dependiendo de la etapa de evolución de la enfermedad que según refiere usted, son etapa febril, crítica y recuperación, pues depende, dependiendo de cada etapa se aplica, pues un tratamiento. Hay unas, unas formas de atender dichas etapas. **P:** ¿Dentro de la etapa febril? ¿O en qué tipo de etapa es necesario, o de acuerdo a los lineamientos que establece el Ministerio de Salud? ¿Es necesario realizar una prueba para detección de dengue? **R:** La prueba se, **la guía dice que se debe realizar en todo paciente que sea caso sospechoso de dengue o caso probable de dengue independiente de la etapa en la que se encuentre ese paciente, como les decía anteriormente, depende de los días de enfermedad definir en qué momento yo voy a tomar la prueba, considerando que si la tomo tempranamente, mi prueba puede ser negativa, pero mi paciente puede tener la enfermedad, o sea, hay que contextualizar las pruebas que realizo al momento de mi paciente al momento de la enfermedad.** **P:** Respecto de las pruebas que usted menciona, mencionó que hay unas pruebas que se realizan en determinados tiempos, unas que se aplican de, o que se realizan cuando hay días de evolución de enfermedad de 2 a 5 días, otra de 5 días y en relación, pues en acompañamiento de dichas pruebas, también en los cuadros de hemograma. Refiere usted que hay una prueba que se realiza de 2 a 5 días. En las cuales esa prueba no se encuentra disponible en todas las entidades, pues, de atención hospitalaria ¿Usted puede manifestar en qué tipo de entidades o en qué tipo de, de nivel hospitalario no se encuentran disponibles esas vacunas o esas, perdón, esas pruebas de detección? **R:** No, realmente los exámenes diagnósticos, ese tipo de exámenes no es que estén confinados a un nivel de atención, depende de las disponibilidades de las instituciones, el que tengan determinadas pruebas diagnósticas o no. Sí?, o sea, no es que el nivel 1 tenga esta prueba y el nivel 2 no. Habrán sitios que por su alta incidencia de la enfermedad pueden tener antígeno SNS 1 y hay otros sitios que no. Realmente es una prueba que no se realizan muchas instituciones, como les decía. No sé qué instituciones las tengan disponibles en Popayán, ni Hospital San José, ni el Hospital Susana López las tenemos disponibles, no sé las demás instituciones.,

En similar sentido, la médica que realizó el expertico aclara lo siguiente "El diagnóstico con pruebas indirectas como Serología para dengue con IgG e IgM solo es posible después del 5 día de enfermedad momento en que ya está empezando la tercera etapa del dengue que es la de recuperación, Figura 5. El hospital si debería contar con estas pruebas para diagnóstico, sin embargo el manejo médico del paciente debe estar pensado según la sospecha clínica y no depender de las pruebas debido a que sería muy tardío y contraproducente para el tratamiento óptimo de los pacientes". (subrayado fuera de texto).

Sobre la toma de pruebas de laboratorio específicas para diagnóstico del dengue, la perito declaró en la contradicción del dictamen, lo siguiente: (fl 40 , archivo 82)

"10. Considera usted que hubo mora o tardanza en la toma de paraclínicos ordenados para descartar dengue? en caso afirmativo se puede asegurar que el tiempo transcurrido fue determinante en la muerte del menor? No, no hubo mora o tardanza en la toma de las inmunoglobulinas IgG e IgM para dengue debido a que estas deben ser realizadas en el día 5 del inicio del cuadro febril, que para el paciente correspondía al día 12-10-2015, día en que fueron realizados en el Hospital Susana López de Valencia."

Se precisa entonces que, los días 11 y 12 de octubre de 2015, el HOSPITAL NIVEL I EL BORDO E.S.E. practicó de forma oportuna los laboratorios que determinaron el estado de salud del paciente y su remisión a un nivel superior de atención dentro de los rangos de tiempo estimados protocolariamente con tal finalidad.

Bajo el contexto expuesto, se puede concluir que la no realización de la prueba específica para detectar la presencia del virus del dengue en el paciente, no incidió de manera determinante en el lamentable desenlace, por cuanto con la auscultación física y demás exámenes de laboratorio practicados, el médico tratante pudo diagnosticar la enfermedad, sin necesidad de esta prueba, e iniciar el plan de manejo, según el nivel 1 de atención hospitalaria a su cargo.

Por otra parte, advierte el despacho, que ante la falta de respuesta de los centros de salud para recibir el paciente según el trámite de referencia y contrareferencia; la entidad hospitalaria, de manera acertada calificó el caso del menor como una URGENCIA VITAL, para procurar su atención en el nivel acorde con el tratamiento que demandaba la sintomatología referida, logrando su remisión después de 14 horas de permanecer en la institución hospitalaria local.

Al respecto, la Dra. Gina Paola Cabrera Bautista, en diligencia de contradicción del dictamen rendido manifestó lo siguiente:

"P: (...) con respecto al día en que él tuvo, era el ingreso. ¿Cree usted que se actuó de manera diligente médicamente, con pues, actuando sin introducirse aún mal menor por parte de los médicos, es decir, actuaron conforme a lo que ellos debían hacer, es decir, remitirlo a un nivel superior y catalogar el tipo de diagnóstico como se catalogó? (...) y la salida, es decir, la remisión del menor hacia el otro centro hospitalario de mayor complejidad. ¿Se hizo de manera correcta el Protocolo? C: Doctor, lo que yo puedo evidenciar en la trazabilidad de la historia clínica es que el paciente tuvo una atención en el hospital del Bordo de alrededor de doce horas y en esas doce horas tuvo la posibilidad de dos momentos de toma de paraclínicos y hay trazabilidad de dos momentos de notas, notas clínicas en las cuales se define el ingreso del paciente en la evolución del paciente con el resultado de los paraclínicos y la correcta derivación a un tercer nivel, e incluso, no sé cómo fue la no, no tengo claridad de cómo fue la remisión, porque uno en el trámite de remisión también puede ver las habilidades de llamadas, de la remisión y del proceso, porque cada vez que uno remite un paciente debe haber trazabilidad del hospital que uno hace la referencia a donde va a llegar el paciente y debe haber trazabilidad de la aceptación del paciente. Me llama la atención, no tengo esa trazabilidad de la referencia. Sí me llama la atención que el paciente

*llegó rápido, o sea, el paciente a las diez de la mañana, alrededor de las diez de la mañana ya estaba en Popayán, en el Hospital Susana López de Valencia, según la nota del Hospital Susana López de Valencia dice que, ingresó al servicio de urgencias de pediatría en la mañana a las 10:43 AM, si ingresó a las 10:43 AM., del Bordo al hospital Susana son 3 horas en promedio, puede ser menos o más dependiendo, pero digamos que entonces la ambulancia salió del hospital a las 7:43 de la mañana, 7:43 de la mañana, uno no tiene la ambulancia ahí, o sea, el personal médico y de enfermería y de administrativo, todo el personal debió haber durado preparando la remisión algo más de una o dos horas, porque más o menos es el tiempo en que uno encuentra el personal para remitir, la ambulancia y todo, o sea, los trámites, el papel, eso se gasta, se gasta un poco más. Entonces digamos que el paciente en el hospital del Bordo alcanzó a durar menos de 12 horas, menos de 12 horas de atención. Sí, en esas 12 horas se logró enmarcar al paciente en una condición crítica, que amenazaba la vida, y la decisión de remitir, fue la que tenía que tomarse. O sea, ellos no podían haberse quedado más tiempo con el paciente ahí, en el primer nivel en el Bordo. **Entonces yo lo que veo es una atención de menos de 12 horas en el hospital, con una evolución diagnóstica según las fases críticas del paciente, según la trazabilidad de la historia clínica, lo que se logra ver en la historia clínica.**(...)*

P:**¿Doctora, Gina, usted nos podría, usted, buen nos indicó que el diagnóstico del dengue se realizó como tal en el segundo ingreso que tuvo el paciente, de conformidad con eso, usted nos podría señalar si, en el caso que se hubiera dado ese diagnóstico con anterioridad al segundo ingreso, el tratamiento que se le aplicó al paciente debía ser diferente o hubiese cambiado si se hubiese aplicado, si se hubiese diagnosticado con anterioridad? **C:** Doctora Margaret, buenos días. Doctora el diagnóstico presuntivo de dengue, si hubiera sido en su primer ingreso o incluso en su segundo momento de atención médica que fue en la IPS, si hubiera tenido también ese diagnóstico, tal vez las instrucciones médicas de hidratación estrictamente en casa si hubieran dado más rigurosas, si el diagnóstico hubiera sido dengue, ¿Sí?, pero el diagnóstico no, no fue dengue, fue otro tipo de patología que incluye o puede incluir la patología de dengue. ¿Sí me entiende? Entonces lo que pasa es que, en toda la patología, el diagnóstico diferencial de dengue, uno de los tratamientos específicos es hidratación o que el paciente tolere la vía oral si está en casa, abundantes líquidos a cualquier infección respiratoria y a cualquier patología febril, la indicación médica general es, hidratar el paciente, Si?, hidratar el paciente con bebidas normales y con suero oral, es una instrucción universal en pediatría e incluso en adultos, que no es ni campo, pero en pediatría es una instrucción universal, Suelo oral a los pacientes, entonces, si su pregunta es, si en ese momento el diagnóstico hubiera sido dengue, por parte de las atenciones que recibió previamente, tal vez se hubiera enfocado la hidratación un poco más estricta?. Puede que sí, no, no, no lo sé. Sí lo hubieran hecho los doctores ahí. Pero digamos que, si uno pone un diagnóstico de dengue, el tratamiento debe ir enfocado, enfocado, enfocado, enfocado a la hidratación, ¿Sí? y esa hidratación depende si el paciente tolera o no tolera la vía oral, si tolera la vía oral, quiere decir que el paciente va a tolerar muy bien los líquidos y un niño de 10 años no tiene problema, bueno, depende del niño, pero, por lo general no tienen problema de recibir suero o cualquier líquido que se le dé, porque entiende perfectamente la orden. Es diferente a un bebé 9 meses, 18 meses, 2 años que, los bebés pues son de más manejo de la mamá y del papá, porque toca insistirles y uno mismo como padre darles, o sea, los niños más grandes, pues ellos colaboran más. ¿Sí?, ya se ayudan más, entonces, no sabría cómo habría sido la evolución del paciente, es imposible que lo tengamos, podamos predecir eso en este momento. **Lo

que sí podemos predecir es que el comportamiento de la enfermedad en el menor, y fue un comportamiento agresivo con un desenlace fatal y que probablemente en las condiciones del menor, con sus antecedentes personales y sus antecedentes inmunológicos básicos de él, ***hicieron que el Dengue en él, la patología se comportará de una manera tan agresiva, tan agresiva y con ese desenlace tan, tan fatal, o sea, tan terrible para todos, porque es un ,es un, es un, tener esa esa muerte es un impacto no solo en la familia, sino es un impacto en la sociedad, porque el dengue es una patología de salud pública, es una patología que impacta no solamente a una familia, sino al país. ¿Sí?, tener una muerte por dengue es un impacto para el País, para todos.***"

De las pruebas relacionadas se extrae que para el 11 de octubre de 2015, el menor CRISTIAN ALEJANDRO JIMENEZ ORTEGA (q.e.p.d.), ingresó al HOSPITAL NIVEL I EL BORDO E.S.E, con síntomas agudos que ameritaron una atención urgente, según las condiciones que podían brindarse en el respectivo nivel de atención. Los servicios médicos brindados se realizaron en un margen de tiempo prudencial, y según los protocolos establecidos, se realizaron exámenes diagnósticos de laboratorio, que permitieron considerar la presencia de Dengue (Dengue Clásico).

Pese al tratamiento dispensado, el paciente no respondió favorablemente, y el avance de la enfermedad continuó su curso, la cual, por lo súbito y grave de los síntomas presentados, desencadenó la muerte del menor.

3.2.5 Sobre la presunta falta de suministro de plaquetas e hidratación adecuada en el Hospital Susana López de Valencia durante los días 12 y 13 de octubre de 2015, como factor exclusivo de asistencia hemodinámica y protocolaria, necesaria para el restablecimiento de las condiciones de salud del paciente.

En relación con la *atención* médico - asistencial dispensada al menor CRISTIAN ALEJANDRO JIMÉNEZ ORTEGA (Q.E.P.D.) en octubre de 2015 repara el extremo demandante: "(...) *el negligente, irregular, inadecuado e imperito servicio de salud que le fue prestado por parte del (...) Hospital Susana López de Valencia los días 12 y 13 de la misma anualidad, cuando finalmente falleció (...)*" (fl 3, archivo 110 Cdno Ppal)

La atención dispensada en el centro hospitalario en referencia se desarrolló en los siguientes términos, según se indica en la historia clínica: (Fl 145 , archivo 1 Cdno Ppal)

"(...) *Hospital Susana López de Valencia (...) Fecha de Registro: 12/10/2015 – 11:42: 51 a.m.(...) UMI-CONSULTA PEDIATRICA (...)Motivo de Consulta y Enfermedad Actual: (...) REMITIDO DE NIVEL I CON DIAGNOSTICO DE DENGUE ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE DE 10 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE 4 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN FIEBRE SUBJETIVA ASOCIADO A VOMITO UN EPISODIO DIARIO Y DOLOR EN HOMBRO IZQUIERDO CONSULTO INICIALMENTE A NIVEL I DONDE APLICAN UNA AMPOLLA INTRAMUSCULAR QUE LA MADRE NO SABE EL NOMBRE Y DAN EGRESO, REFIERE LA MADRE QUE EN CASA CONTINUA CON VOMITO Y FIEBRE DOLOR ABDOMINAL EN EPIGASTRIO Y MESOGASTRIO; DECIDE RECONSULTAR A MEDICO PARTICULAR HACE 2 DIAS QUIEN HACE*

DIAGNOSTICO DE INFECCION DE VIAS URINARIAS Y LE INICIA MANEJO CON TRIMERTOPIN. DEXAMETAZONA, VITAMINA C REFIERE QUE SIN MEJORIA MOTIVO POR EL CUAL AYER CONSULTA NIVEL I DONDE TOMAN CUADRO HEMATICO CON LEUCOCITOS 2200 NEUTROFILOS 70% LINFOCITOS 30 5 HB 11.6 HRO 36 PLAQUETAS 76000 PACIENTE CON LEUCOPENIA Y PLAQUETOPENIA CON CONTROL DE **PLAQUETAS EL DIA DE HOY 41000**; HACEN DIAGNOSTICO DE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA Y REMITEN (...) *Análisis y Plan paciente:* PACIENTE EN EL CONTEXTO DE FIEBRE DE 4 DÍAS DE EVOLUCION ASOCIADO A DOLOR ABDOMNAL NO ASOCIADO A EPISODIOS DE SANGRADO CONSULTA A NIVEL I DONDE TOMA PARACLINICOS ENCONTRANDO LEUCOPENIA Y PLAQUETOPENIA CONSIDERAN DENGUE CLASICO Y REMITEN, INGRESA PACIENTE EN REGUALRES CONDICONES GENERALES TAQUICARDICO MUCOSAS SEMISECAS ALGICO CON DOLOR EN MESOGASTRIO Y EPSIGATRI NO ESTAIGMAS DE SANGRADO CONSIDERO DEJAR EN EMERGENICA CONO MONITORIZACION CONTINUA NO INVASIVA CON LIQUIDOS ENDOVENOSOS ALTOS 2500 * SCT Y SE SOLICITAN PARACLINICOS PARA DETERMINAR ETIOLOGIA DE LINEAS CELULARES BAJAS , SE LE EXPLICA A LA MADRE QUIEN REFIERE ENTENDER " (...)Indicaciones médicas (...) **LACTATO DE RINGER 500 CC. EN BOLO SSN X 500 CC KATROL Y PASAR A 90 CC HORA** Profesional (...) SAMIR COBO URRUTIA -PEDIATRA. (FI 145 y 147 , archivo 1 Cdno Ppal)

(...)

Fecha de Registro: 12/10/ 2015 – **1:28:51** p.m. (...) Área de Servicio: UMI-SALA EMERGENCIAS PEDIATRICAS (...) *Historia Clínica Evolución* (...) REPORTE DE PARACLINICOS (...) CH: LEUCOS 3670, N 50,2%, L 39,5%, HB 17,3, HTO 49,3 ,**PLAQ: 33,000, RECuento DE PLAQ 38,000**, CR 0,57, NA 1404, K 4,67, CL 108,7, CA 8,1 , F 4,2, MG 1,89, ALT 658,8 ,AST 2049, FA225, BBT 1,33, BBD 1,16, BBI 0,17,(...) RX DE TORAX: IMAGEN QUE HACE SOSPECHAR DERAME EN ANGULO CARDIOFRENICO (...) PACIENTE CON TROMBOCITOPENIA, Y HEMOCONCENTRACION, LEUCOPENIA, ELECTROLITOS CON LEVE HIPOCALCEMIA, CON AST Y ALT AUMENTADO POR LO QUE SE CONSIDERA UN CUADRO MUY COMPATIBLE CON UN DENGUE ,POR LO QUE DADO LOS SIGNOS DE ALARMA **SE SOLICITA CAMA EN UCI**, PARA CONTINUAR MANEJO Y MONITORIA CONTINUA POR RIESGO PARA LA VIDA DEL PACIENTE , SE COMENTA CON LA DRA CAROLINA RODRIGUEZ QUIEN ACEPTA PACIENTE EN LA UNIDAD.(...) *Medicamentos:* **LACTATO DE RINGER (INYECCION DE LACTATO DE RINGER) 500 ml SOLUCION INTYECTABLE , BOLO DE 500 CC EV DU** (...) Profesional (...) SAMIR COBO URRUTIA -PEDIATRA. (FI 151 , archivo 1 Cdno Ppal)

(...)

Fecha de Registro: 12/10/ 2015 – **3:41:48** p.m. (...) Área de Servicio: UMI-SALA EMERGENCIAS PEDIATRICAS (...) *Historia Clínica Evolución* (...) FORMULACION INGRESO A CUIDADO INTENSIVO (...) *Diagnostico* (...A90X FIEBRE DEL DENGUE [DENGUE CLASICO (...) *Indicación Medica* (...)HOSPITALIZAR EN CUIDADO INTENSIVO(...,)MONITORIA Y CUIDADO A UCIP - PESO 23 KG(...) NADA VIA ORAL(...)LIQUIDOS ENDOVENOSOS SSN 0,9% 500 CC(...) KATROL 5 CC(...)PASAR A **138 CC HORA POR BIC (6 CC POR KILO) OMEPRAZOL 23 MG EV CADA 12 HORAS** (...) **PLASMA PASAR 230 CC AHORA** (...)SE SOLICITA ECOGRAFIA DE TORAX (...) CONTROL SIGNOS VITALES(...)-ACOMPANANTE PERMANENTE(...)BARANDAS EN ALTO (...)MANEJO Y CUIDADOS DE EN UCIP ... *MEDICAMENTOS:* **CLORURO DE SODIO AL 0.9% SOLUCION INYECTABLE 500 ml** (...) **SOLUCION SALINA**

NORML 500 CC+ 5CC DE KATROL PASAR 138 CC HORA (...)**CLORURO DE POTASIO 20 mEq/10 ml SOLUCION INYECTABLE SOLUCION SALINA NORMAL 500 CC+ 5CC DE KATROL PASAR 138 CC HORA** CLORURO DE POTASIO 20 mEq/10 ml SOLUCION INYECTABLE (...)omeprazol 40 MG POLVO LIOFILIZADO (...) Exámenes (...) UNIDAD DE PLASMA O PLASMA FRESCO 230 CC AHORA (...) Profesional (...) DERLY MILEIDY GOMEZ SANDOVAL –OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA” (Fl 154 , archivo 1 Cdno Ppal)

(...)

Fecha de Registro: 12/10/ 2015 – **4:34:22** p.m. (...) Área de Servicio: UMI-UCIP CUIDADO INTENSIVO (...) Historia Clínica Evolución (...) SE INIDICA DOSIS DE ANALGESIA CON ACETAMINOFEN (...) Profesional (...) DERLY MILEIDY GOMEZ SANDOVAL –OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA” (Fl 156 , archivo 1 Cdno Ppal)

(...)

Fecha de Registro: 12/10/ 2015 – **4:55:34** p.m. (...) Área de Servicio: UMI-UCIP CUIDADO INTENSIVO (...) Historia Clínica Evolución (...) SE REALIZA CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA **TRANSFUSION DE PLASMA** (...) Profesional (...) DERLY MILEIDY GOMEZ SANDOVAL –OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA” (fl 157 , archivo 1 Cdno Ppal)

(...)

Fecha de Registro: 12/10/ 2015 – **6:58: 54** p.m. (...) Área de Servicio: UMI-UCIP CUIDADO INTENSIVO (...) subjetivo (...) INGRESO A UCIP HORA: 15:30 (...) INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS EN REGULAR ESTADO GENERAL, DECAIDO Y TAQUICARDICO, SIN BAJO GASTO, CON DEFENSA VOLUNTARIA Y DOLOR A LA PALPACION DE MESOGASTRIO Y EPIGASTRIO CON HEPATOMEGALIA 2 CM DEBAJO DEL REBORDE COSTAL. SE CONSIDERA QUE CURSA CON SOSPECHA DE DENGUE CON SIGNOS DE ALARMA. SE SOLICITAN PARACLINICOS COMPLETOS. **RECIBIO 2 BOLOS DE LACTATO DE RINGER A 20 CC/KG Y SE INICIARON LIQUIDOS ISOTONICOS A 4 CC/KG/HORA Y PROTECCION GASTRICA. SE TRASLADA A UCIP PARA MONITORIAZACION Y MANEJO.** (...) Análisis (...) PACIENTE DE 10 AÑOS PROCEDENTE DEL BORDO, QUE SE ENCUENTRA EN ESTADO CRITICO. CURSA CON CASO CONFIRMADO DE DENGUE GRAVE DADA POR SIGNOS DE FUGA CAPILAR (DERRAME PLEURAL) Y DISFUNCION ORGANICA (DISFUNCION HEPATICA, HEPATITIS Y COAGULOPATIA), HASTA AHORA SIN SIGNOS DE SANGRADO, EN SU QUINTO DIA DE ENFERMEDAD. SE ENCUENTRA EN -REGULAR ESTADO GENERAL, MUY ALGICO Y DECAIDO, CON DOLOR ABDOMINAL EN HIPOCONDRIOS Y EPIGASTRIO, SIN DETERIORO NEUROLOGICO. A NIVEL HEMODINAMICO **HA RECIBIDO 2 BOLOS DE CRISTALOIDES**,³⁷ CON MEJORIA DE TAQUICARDIA, CON ADECUADA PERFUSION DISTAL Y ADECUADAS TENSIONES ARTERIALES PERO CON LACTATO MUY ELEVADO Y ACIDOSIS METABOLICA LEVE **COMPESADA. SE AUMENTAN LIQUIDOS ENDOVENOSOS ISOTONICOS**³⁸ **A 6 QC/KG/HORA,** PRESENTA DERRAME PLEURAL POR LO CUAL SE

³⁷ Los **cristaloides** son una parte integral del manejo de fluidos en medicina. Proporcionan una forma segura y eficaz de expandir el volumen del líquido extracelular, corregir los desequilibrios electrolíticos y mantener la hidratación. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/solucion-cristaloide>

³⁸ Una solución isotónica es aquella que tiene la misma concentración de solutos que otra solución, con frecuencia la comparación se realiza con los fluidos del cuerpo humano. El término 'isotónico' deriva del griego 'iso-', que significa 'igual', y 'tonos', que significa 'tensión'. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/solucion-isotonica>

SOLICITA ECOGRAFIA DE TORAX Y SE INICIARA VMNI.³⁹ A NIVEL GASTROINTESTINAL CURSA CON CRITERIO DE HEPATITIS Y DISFUNCION HEPATICA SECUNDARIA, CON INTENSO DOLOR ABDOMINAL, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. CONTINUA REPOSO ENTERAL, CON PROTECCION GASTRICA Y SE SOLICITA ECOGRAFIA ABDOMINAL. A NIVEL RENAL CON AZOADOS UN POCO ELEVADOS, SE-VIGILARA DIURESIS QUE DEBE MANTENERSE POR ENCIMA DE 1 CC/KG/HORA. ELECTROLITOS NORMALES. A NIVEL INFECCIOSO SE ENCUENTRA AFEBRIL, CON LEUCOPENIA, SIN CUBRIMIENTO INFECCISO. A NIVEL HEMATOLOGICO CON HEMOCONCENTRACION, TROMBOCITOPENIA SEVERA Y COAGULOPATIA SE **ORDENA TRANSFUSION DE PLASMA FRESCO CONGELADO** AHORA. SE SOLICITAN PARACLINICOS COMPLEMENTARIOS.REQUIERE MONITORIA Y MANEJO EN CUIDADO INTENSIVO PEDIATRICO – Profesional LUISA CAROLINA RODRIGUEZ MEJIA –PEDIATRA (fls 160 y 161, archivo 1 Cdno Ppal)

(...)

Fecha de Registro: 12/10/ 2015 – **11:48:44 p.m.** (...) Área de Servicio: UMI-UCIP CUIDADO INTENSIVO (...) Exámenes (...) APLICACION CRIOPRECIPITADOS⁴⁰ PLAQUETAS O PLASMA -TRANSFUNDIR 230 CC DE CRIOPRECIPITADOS CADA 8 HORAS (...) Profesional PAOLA ANDREA VALENCIA LEGARDA –OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA (fls 167, archivo 1 Cdno Ppal)
(...)

Fecha de Registro: 13/10/ 2015 – **12:19:41 a.m.** (...) Área de Servicio: UMI-UCIP CUIDADO INTENSIVO (...) Medicamentos (...) ALBUMINAHUMANA 20%⁴¹ SOLUCION INYECTABLE 50 ml 10 GR ENDOVENOSOS (...) Profesional PAOLA ANDREA VALENCIA LEGARDA – OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA (fls 168, archivo 1 Cdno Ppal)

Fecha de Registro: 13/10/ 2015 – **12:49:53 a.m.** (...) Área de Servicio: UMI-UCIP CUIDADO INTENSIVO (...) DIAS DE ESTANCIA: 1 (...) CON LOS SIGUIENTES DIAGNOSTICOS: (...) **DENGUE GRAVE** (...) - DISFUNCION ORGANICA (DISFUNCION HEPATICA, HEPATITIS, COLECISTIS, PANCREATITIS, Y COAGULOPATIA) DERRAME PLEURAL BILATERAL; DERRAME PERICARDICO; - TROMBOCITOPENIA SEVERA.(...)EVENTOS: CON DOLOR ABDOMINAL INTENSO DE PREDOMINIO EN HEMIABDOMEN SUPERIOR, AFEBRIL, CON GINGIVORRAGIA ESCASA, EN REPOSO ENTERAL, ACOMPÑADA POR SU MADRE QUIEN REFIERE " SE VE MUY MALITO Y LE DUELE MUCHO EL ESTOMAGO.(...)REPORTE DE PARACLINICOS: LEUCOCITOS 4320 NEUTROFILOS 40% LINFOCITOS 47% HG 14.4 HTO 42% **PLAQUETAS 26.250** PCR. 6.94 CREATININA 0.62 BUN 12.2 SODIO 133 POTASIO 4.87 CLORO 106 CALCIO 7.8 MAGNESIO 1.78 FOSFORO 4.1 AST 1797 EN DESCENSO, ALT 592 FOSFATASA ALCALINA 192 LDH 1702 BILIRRUBINA

³⁹ La Ventilación Mecánica No Invasiva (VMNI) es una modalidad de apoyo a la ventilación espontánea del paciente o soporte ventilatorio que no precisa técnicas invasivas de intubación orotraqueal (IOT), ni ningún otro dispositivo que cree una vía artificial (máscara laríngea, combitubo, etc.)

<https://www.semes.org/gdt/vmni/>

⁴⁰ El crioprecipitado es un hemoderivado rico en fibrinógeno y otros factores procoagulantes. Durante décadas se ha empleado con éxito en el tratamiento de la coagulopatía (...) <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-articulo-el-crioprecipitado-ese-viejo-desconocido-S003493561400317X?referer=coleccion>

⁴¹ La Albúmina Sérica Humana 20%/50 mL solución inyectable esta indicada para: a) La prevención o el tratamiento de un síndrome hipovolémico y la reversión de un colapso cardiovascular. b) El tratamiento de emergencia de un Shock. Hemorrágico, traumático, o debido a la pérdida de plasma. Colapso toxémico. Síndromes infecciosos tóxicos. Shock en pancreatitis aguda hemorrágica. c) Quemaduras. En el tratamiento inicial y en los estados tardíos de la terapia de quemados. d) Hipoproteinemias y edemas. Cirrosis hepática o hepatitis B. Síndromes Nefróticos. Prevención de un shock quirúrgico. Tratamiento post-operatorio y reequilibrio nutricional. Tratamientos de deficiencias crónicas en desórdenes esofágicos, gástricos o intestinales. Edema cerebral. e) Hiperbilirrubinemia Neonatal. <https://www.colegiofarmaceutico.cl/MFT/PRODUCTO/P6313.HTM>

TOTAL 2.07 DIRECTA 2.05 TP 13 CONTROL 11 TPT 64 CONTROL 28 (PROLONGADO)(...)ECOGRAFIA TORAX:' HEMITORAX DERECHO E IZQUIERDO CON ESPACIOS PLEUROPULMONARES OCUPADOS POR ESCASOS LIQUIDOS DE PREDOMINIO DERECHO DONDE ALCANZA UN VOLUMEN APROX DE 80 cc Y EN EL LADO IZQUIERDO 30 CC. ATELECTASIAS SUBSEGMENTARIAS BASALES POSTERIORES, MOVILIDAD DIAFRAGMATICA CONSERVADA DE FORMA BILATERAL, ESCASO DERRAME PERICARDICO LAMINAR(...) ECOGRAFIA ABDOMEN: HEPATOMEGALIA MODERADA CON SIGNOS INDIRECTOS DE HEPATITIS, COLECISTITIS ACALCULOSA, PANCREATITIS, ASCITIS.(...) ANALISIS (...) SOCIAL: ACOMPAÑADO POR SU MADRE A QUIEN SE LE EXPLICA EL ESTADO CRITICO DE CRISTIAN, ALTA POSIBILIDAD DE CHOQUE, Y MORBIMORTALIDAD, REFIERE ENTENDER. (...)ANALISIS: PACIENTE EN ESTADO CRITICO. CURSANDO CON DENGUE GRAVE CON DISFUNCION ORGANICA (DISFUNCION HEPATICA, HEPATITIS, PANCREATITIS, COLECISTITIS Y COAGULOLOPATIA), CON SIGNOS DE FUGA CAPILAR (DERRAME PLEURAL, ASCITIS, DERRAME PERICARDICO) EN QUINTO DIA DE ENFERMEDAD. REGULAR ESTADO GENERAL, MUY ALGICO Y DECAIDO, CON DOLOR ABDOMINAL INTENSO EN HIPOCONDRIOS Y EPIGASTRIO, POR LO QUE SE INDICA MANEJO CON OPIOIDE DE MEPERIDINA E INFUSION DE PRECEDEX PARA VMNI, A NIVEL HEMODINAMICO TAQUICARDIA EN DESCENSO, CON ADECUADA PERFUSION DISTAL Y ADECUADAS TENSIONES ARTERIALES SE AJUSTA **SOPORTE HIDRICO LIQUIDOS ENDOVENOS SE INCINA SSN 3%, Y LIQUIDOS ISOTONICOS A 4 CC/KG/HORA**, A NIVEL VENTILATORIO SE INICIA VMNI, A NIVEL GASTROINTESTINAL. EN REPOSO ENTERAL CON DISFUNCION HEPATICA SECUNDARIA, PANCREATITIS Y COLECISTITIS, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. CONTINÚA PROTECCION GASTRICA. A NIVEL RENAL CON AZOADOS EN ASCENSO, DIURESIS LIMITROFE POR LO QUE SE AUMENTA APOORTE HIDRICO, ELECTROLITOS. NORMALES. A NIVEL INFECCIOSO SE ENCUENTRA AFEBRIL, CON LEUCOPENIA, SIN CUBRIMIENTO ANTIBIOTICO. A NIVEL HEMATOLOGICO CON HEMOCONCENTRACION, TROMBOCITOPENIA SEVERA Y COAGULOPATIA. SE **ORDENA TRANSFUSION DE PLASMA FRESCO CONGELADO CADA 8 HRAS**, CON GINGIVORRAGIA ACTIVA **POR LO QUE SE ORDENA TRANSFUSION DE PLAQUETAS**, SE LLAMA A BANCO DE SANGRE, REFIEREN QUE NO HAY PLAQUETAS DISPONIBLES EN LA INSTITUCION, **SE INDICA DOSIS UNICA DE CRIPORECTIPITADO**, PACIENTE CON ALTISIMO RIESGO DE CHOQUE, DESCOMPENSACION HEMODINAMICA Y MORBIMORTALIDAD, SE LE EXPLICA A LA MADRE ESTA SITUACION, REFIERE ENTENDER. SS PARACLINICOS DE CONTROL PARA LAS 4 AM.(...)Plan: MONITORIA UCI (...)SSN 0.9% + 5 CC KATROL PASAR A 92 CC/HRA(...)SSN 3% PASAR A 46 CC/HRA * BIC (...)INFUSION DE PRECEDEX 200 MCG EN 50 CC DE SSN 0.9% PASAR A 4 C.C/HRA DURANTE VMNI VENTILACION NO INVASIVA 2 HRAS POR 3 HRAS DE DESCANSO (...)TRANSFUSION DE PLASMA FRESCO CONGELADO 230 CC EV CADA 8 HRAS (...) ALBUMINA 10 GR EV CADA 12 HRAS VITAMINA K 10 MG EV CADA 24 HRAS (...)TRANSFUSION DE PLAQUETAS 230 CC EV DOSIS UNICA (...)TRANSFUSION DE CRIOPRECIPITADO 230 CC EV DOSIS UNICA (...) MEPERIDINA 23 MG EV CADA 4 HRAS (...) SS ECOCARDIOGRAMA T-T (...) SS PARACLINICOS COMPLETOS DE CONTROL PARA LA MADRUGADA (...) Profesional DOLLY KATHERINE VIDAL CASTRO -PEDIATRA" (fls 169 A 172, archivo 1 Cdno Ppal) (...)

Fecha de Registro: 13/10/ 2015 - **6:49:21 a.m.** (...) Área de Servicio: UMI-UCIP CUIDADO INTENSIVO (...) Historia Clínica Evolución (...) REPORTE PARACLINICOS (...) SE VALORAN CON DRA VIDAL, HEMOGRAMA CON LEUCOPENIA PREDOMINIO DE LINFOCITOS , ANEMIA

SIN CRITERIO DE TRANSFUSION, HEMATOCRITO EN DECENSO, TROMBOCITOPEIA NO HA SIDO POSIBLE LA TRANSFUSION DE PLAQUETAS NO HAY EN EL BANCO DE SANGRE DISPONIBLE , LAS PRUEBAS RENALES ELECTROLITOS , PRUEBAS HEPATICAS Y ALBUMINA NO CORRESPONDEN AL PARECER POR ALTERACION EN LA MUESTRA POSIBLE HEMOLISIS, TIEMPOS DE COAGULACION CON TPT PROLONGADA, SE CONTINUA MANEJO INSTAURADO, MONITORA EN INTENSIVO (...) Diagnóstico (...) FIEBRE DEL DENGUE HEMORRAGICO(..) profesional PAOLA ANDREA VALENCIA LEGARDA -OTRA ESPECIALIDAD NO CLASIFICADA. (fl 175, archivo 1 Cdno Ppal)

(...)

Fecha de Registro: 13/10/ 2015 – **9: 30 :41 a.m.** (...) Área de Servicio: UMI-UCIP CUIDADO INTENSIVO (...) Historia Clínica Evolución (...) POR ALTO RIESGO DE DESCOMPENSACION Y CHOQUE (...) Objetiva (...) ESTABLE, DESHIDRATADO, CARDIOPULMONAR CON LEVE HIPOVENTILACION SIN SOBREGREGADOS, ABDOMEN CON DEFENSA VOLUNTARIA, DOLOR A LA PALPACION EN HEMIABDOMEN SUPERIOR SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, SV CON ORINA CLARA, EXTREMIDADES CON EQUIMOSIS POR INTENTOS DE VENOPUNCION (...) **PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES, CON DISFUNCION MULTIORGANICA, ALTO RIESGO DE CHOQUE, PLAQUETOPENIA SEVERA Y NECESIDAD DE CVC. TIENE ALTO RIESGO DE COMPLICACION Y SANGRADO (...)** Plan (...) TURNO Y CONSENTIMIENTO PARA VCV.⁴² (...) CLAUDIA ELENA CRUZ BENAVIDES – CIRUGIA PEDIATRICA "(fl 183 archivo 1 Cdno Ppal)

(...)

Fecha de Registro: 13/10/ 2015 – **1:28:08 p.m.** (...) Área de Servicio: UMI-UCIP CUIDADO INTENSIVO (...) Historia Clínica Evolución (...) Subjetiva (...) "NOTA RETROSPECTIVA Y DINÁMICA DURANTE LA MAÑANA HASTA SU HORA DE DEFUNCIÓN EDAD 10 AÑOS (...) DIAGNÓSTICOS (...) DENGUE GRAVE (...) 2. DISFUNCION ORGANICA MULTIPLE, DISFUNCION HEPATICA, HEPATITIS, COLECISTIS, PANCREATITIS, OINJURIA REANL AGUDA Y COAGULOPATIA) (...) 3. DERRAME PLEURAL BILATERAL (...) 4. DERRAME PERICARDICO (...) 5. TROMBOCITOPENIA SEVERA (...) EVENTOS (...) SE RECIBE PACIENTE EN REGULARES CONDICIONES GENERALES ALERTA AGITADO, ASNSIOSO Y REFIRIENSO DES , SE PASA 2 BOLOS DE LACTATO DE RINGER A 20 CC KILO , EL PACIENTE REFEIRE Y SE DURANTE EL INCIO QE LA MANANA CONTINUO CON DOLOR INTENSO EN EPIGASTRIO, Y CON DETERIORO RADIOLOGICO PULMONAR, SATURACIONES LIMITROFE, POR LO QUE SE DECIDIO INICAR VENTILACION INVASIVA, PREVIAMENTE SE HABLO CON LA TIA EXPLICANDOLE LA ALTA PROBABILIAD DE MUERTE , SE CANALIZO LA YUGULAR EXTERNA DERECHA CON CATETER ARROW 22G 5 CM PREVIA SECUENCIA DE INTUBACION RAPIDA DE REALIZA INTUBACION OROTRAQUEAL CON TUBO N 5,5 CON BALON PRESENTANDO FUGA POR LO QUE SE CAMBIA A TUBO 6 SE FIJA EN 18 CENTIMETROS POSTERIO A ESTO PRESENTA DESATURACION Y SE ENCUENTRA HIPOVENTILADO SE PASA DE EMERGENCIA JELCO N 18 EN SEGUNDO ESPACIO INTERCOSTAL LINEA MEDIO CLAVICULAR OBTENIENDO SALIDA DE SANGRE RUTILANTE A LAS 11 Y 13 HORAS PRESENTA PARO POR LO QUE SE INICIAN MANIOBRAS DE RENILACION , REQUIRIENDO 3 DOSIS DE ADRENALINA Y Y COMPRESIONES TORACICAS SIN LOGRAR RECUPERACION,, PARALELAMANTE SE INCIA GOTEO DE ADRENALINA Y SE PASA DOSIS DE ACIDO TRANEXAMICO Y DOSIS DE OCTAPLEX , SE CONTINUA CON LA REANILACION, PRESENTANDO SANGRADO POR FOSSAS NAALES Y POR ENCIAS Y FOR LA ZONA DE LA ASCENTESIS AL IGUAL QUE FOR LOS

⁴² La ventilación controlada por volumen (VCV) libera un volumen corriente constante. La presión durante VCV es determinada por la distensibilidad del sistema respiratorio, el volumen programado, flujo de gases frescos, resistencia al flujo y PEEP (positive end expiratory presion) (17). <https://repository.urosario.edu.co/server/api/core/bitstreams/ef5dc2ab-3ddc-420d-acb2-9a459c508a81/content>

SITIOS DE VENO PUNCION SE TRASFUNDE DOSIS DE GLOBULOS ROJOS, ALCANZANDO A PASAR 80 CC Y SE PASA UNA UNIDAD DE PLAQUETAS DE 140 CC , PARA LA REANINACION ADEMAS SE COLOCARON 3 DOSIS DE CALCIO DE 200 MG 2 DOSIS DE SULFATO DE MAGNESIOY DOS DOSIS DE LIDOCAINA (...)Objetiva (...) SIN LOGRAR RESPUESTA DESPUES DE 26 MINUTOS DE RENIMACION AVANZADA SE SUEPENDEN LAS MANIOBRAS POR NO OBTENER RESPUESTA , RX DE TORAX POSTMORTEM EVIDENCIANDO HEMOTORAX MASIVO DERECHOS. (...) Profesional GILDA ELENA ZEMAMTE ZUÑIGA -PEDIATRA (fls 189, archivo 1 Cdn Ppal)

(...)

Fecha de Registro: 13/10/ 2015 – **2:27:10 p.m.** (...) Área de Servicio: UMI-UCIP CUIDADO INTENSIVO (...) Historia Clínica complementación terapéutica (...) TERAPIA RESPIRATORIA (...) "NOTA RETROSPECTIVA POR CONGESTION DEL SERVICIO (...) PACIENTE FALLECE A LAS 11+39 (...) Profesional DANIELA SOFIA RUSSI MUÑOZ- TERAPIA RESPIRATORIA (fls 191, archivo 1 Cdn Ppal)

Se extrae del historial médico, que el menor CRISTIAN ALEJANDRO JIMÉNEZ ORTEGA (Q.E.P.D.) ingresó el 12 de octubre de 2015, al Hospital Susana López de Valencia de Popayán a las 10:42 a m con diagnóstico de fiebre de dengue clásico, con síntomas de alarma evidenciados por dolor abdominal, trombocitopenia (plaquetas de 41.000) y leucopenia (baja de plaquetas), producto de la presencia de síntomas agudos y súbitos de la enfermedad durante el día 11 de octubre 2015, toda vez que, en valoraciones medicas dispensadas el 8 y 9 del mismo mes y año, no presentaba sintomatología asociada al virus.

En el Hospital Susana López de Valencia de Popayán, se le dispensa tratamiento en la unidad de emergencia y cuidados intensivos, el menor no responde satisfactoriamente.

El cuadro sintomático avanza de manera crítica y llega a un nivel crítico, desencadenando un dengue hemorrágico, que produce una falla multiorgánica y un choque que acaba con su vida el 13 de octubre de 2015 a las 1:39 de la mañana.

Sobre la atención dispensada por el Hospital Susana López de Valencia, considera la parte accionante que se omitieron los protocolos para el manejo de la enfermedad, entre ellos, la estabilización hemodinámica con plaquetas para contrarrestar la trombocitopenia y evitar hemorragias fulminantes, y la adecuada hidratación del paciente.

En la declaración rendida por la la Dra. Luisa Carolina Rodríguez Mejía, médico especialista en pediatría del Hospital Susana López de Valencia, manifestó respecto a la atención médica brindada al menor, lo siguiente:

"P: Indíqueme, entonces, en primer lugar, ¿Cuáles fueron las razones por las cuales ingresó al servicio de urgencias dicho menor? **R:** Bueno, la atención que yo brindé al paciente fue el día 12 de octubre del 2015, yo me encontraba de turno en la unidad de cuidado intensivo. El paciente ingresó por el servicio de urgencias y fue atendido inicialmente en ese servicio. La atención que yo le brindé a él, inicia cuando el ingresa a la unidad de cuidado intensivo. Ese es un paciente que venía del Bordo en compañía de su madre, quien fue quien brindó la información de la atención, el ingresó al servicio a nuestro hospital, al servicio de urgencias

en la mañana del 12 de octubre y venía con un cuadro clínico que, referido por la madre de 4 días de evolución, en el cual el niño ha iniciado con fiebre y vómito. Además, había empezado a tener dolor en el hombro izquierdo y por esa razón la mamá había consultado inicialmente al hospital 1 del Bordo, en donde ella refería textualmente que le habían administrado un medicamento intramuscular que ella no recordaba el nombre del medicamento, **que el paciente había tenido mejoría de los síntomas y habían dado egreso**, el paciente en su casa había continuado con fiebre, con vómito todos los días y había empezado a tener dolor abdominal. Por esa razón, la mamá había consultado a un médico particular en el Bordo y ella nos refería que el médico le había hecho diagnóstico una infección de vías urinarias, le había formulado trimetropia Insulfa, Dexametasona y vitamina C ella le había administrado los medicamentos que él había formulado, pero el paciente no mejoraba y continuaba con los síntomas. Por esa razón, el 11 de octubre la mamá reconsulta al hospital nivel 1 del Bordo, en donde ella nos refería que le realizaron exámenes en donde tenía alteraciones en uno de los varios exámenes, tenía un hemograma que mostraba leucopenia, que es disminución de las células blancas o las células de defensa, disminución de las plaquetas, que son también las células en la sangre que ayudan a coagular la sangre, lo dejan hospitalizado esa noche. No tengo información respecto al manejo que administraron y al día siguiente, refieren que el paciente sigue presentando fiebre, sigue con mucho dolor abdominal, se toma nuevamente un examen de sangre donde encuentran que las plaquetas han disminuido a unos valores críticos. Consideran que el paciente cursa con un caso de dengue con signos de alarma, que es como se clasifica, por esos hallazgos al examen físico, y deciden remitirlo. El paciente ingresa a nuestra institución. Ese día, el 12 de octubre en la mañana lo atiende el pediatra que se encuentra en urgencias, el inicio de la atención es desde su ingreso. Ellos refieren que el paciente ingresó en regular estado general afebril, pero si estaba taquicárdico con signos de deshidratación, con dolor abdominal. Por eso desde su ingreso lo trasladaron a la sala de emergencia porque el paciente ingresó en estado crítico, no ingresó en buen estado. Lo ingresan de inmediato a la Sala de emergencias, donde inician a prestar el manejo al paciente, inician monitoreo hemodinámica e inician el manejo de acuerdo a las guías de manejo para dengue que dictamina el Ministerio de Salud. Allí realizan exámenes con los que el pediatra de urgencias determina que tiene un dengue con signos de alarma y que por esa razón debe ser manejado y monitorizado en la unidad de cuidado intensivo. Por esa razón me comenta a mí el caso y se traslada realmente en muy poco tiempo a la unidad de cuidado intensivo, a donde ingresa en mi turno el 12 de octubre ingresa más o menos a las 3 y media de la tarde, el paciente ingresa en regular estado general. Con mucho dolor abdominal. A él la taquicardia le había mejorado un poco respecto al ingreso de urgencias con el manejo instaurado, que es una de las metas del tratamiento en los pacientes con dengue. **El no tenía fiebre, no tenía signos de sangrado, no tenía signos de, de dificultad respiratoria.** Reviso los exámenes que le han realizado en urgencias, en donde encuentro que tiene muchas alteraciones en muchos de los exámenes que le han realizado. Entonces, por ejemplo, tiene un hemograma que tiene leucopenia, que es la disminución de los glóbulos rojos, la disminución de las células de defensa. Tiene las plaquetas mucho más disminuidas, están en 38.000, que eso se clasifica como una trombocitopenia severa está hemo concentrado y estos 3 aspectos son característicos de la infección por dengue. Tiene además un hallazgo que es importante porque le ha dado el criterio de severidad a la infección que obtiene, y es que tiene disfunción hepática con las transaminasas, que son las sustancias que se producen en los hígados muy elevados. Una de ellas, que es la AST en

2.047. Y cuyo criterio de gravedad, según las guías médicas, es tener una AST por encima de 1.000, lo clasifica como una hepatitis grave y una disfunción hepática. Tiene además unos tiempos de coagulación que son unas sustancias que ayudan a determinar cómo está funcionando todo el sistema de coagulación en la sangre, que está muy prolongado y le realizan. Le han realizado también pruebas para detección de la infección por dengue, que son positivas, una IGM, una IG por dengue que son positivas. Con los hallazgos al examen físico, con todos los exámenes de laboratorio, considero que el paciente cursa con un caso confirmado de dengue grave, como lo estipula la guía del Ministerio y se clasifica grave con disfunción orgánica múltiple con daño de órganos por tener hepatitis, coagulopatía, compromiso hemodinámico y signos de fuga capilar, ya que en la radiografía de tórax tiene un derrame pleural derecho. De acuerdo a las guías de manejo que son vigentes para ese momento, que es la guía de atención para dengue del Ministerio de Salud. **El manejo de estos pacientes se basa en un manejo de soporte, ya que no existe un tratamiento específico para el dengue, así como para muchas otras infecciones virales. No tenemos un tratamiento específico y el tratamiento se basa en darle un manejo de sostén al paciente, según lo que el paciente necesita, donde la clave es el manejo hídrico del paciente, el cual se empezó desde el servicio de urgencias y nosotros lo continuamos en la Unidad de Cuidado Intensivo con soluciones cristaloides isotónicas que se calculan de acuerdo a las guías de práctica médica.** Por tener coagulopatía con los tiempos de coagulación muy prolongados y unas plaquetas muy bajitas, lo cual lo pone en riesgo de sangrados masivos espontáneos, que es una de las complicaciones más graves que tiene el dengue y que se asocian a la mortalidad por dengue, se indica. **Se inicia desde que llega la unidad cuidado intensivo, transfusión de plasma fresco congelado, que es uno de los hemoderivados que transfundimos que contiene los factores de coagulación,** con eso tratamos de ayudar a que ese paciente no presente sangrados masivos. Que así lo administremos, el paciente lo puede administrar. Entonces iniciamos transfusión de plasma. Realmente le solicitamos nada más una ecografía de tórax en la que tratamos de ver qué tanto líquido hay por fuera del pulmón, porque es otro de los signos de gravedad, ya que ese líquido se acumula por fuera del pulmón y ocasiona posteriormente dificultad respiratoria. En la ecografía de tórax que le realizamos reportan que hay líquido por fuera de los dos pulmones. En una cantidad que todavía se considera moderada, pequeña. Iniciamos soporte ventilatorio con una, una modalidad que se llama ventilación mecánica no invasiva, en la que no intubamos al paciente, pero sí lo conectamos por medio de una máscara para ayudarlo a que respire mejor, ayuda a que ese líquido se reabsorba y evitar a que el paciente progrese a una falla ventilatoria. Realizamos además una ecografía abdominal ya que el paciente tenía dolor abdominal intenso y tenía disfunción hepática y la ecografía abdominal nos reportó una hepatomegalia moderada con signos de hepatitis, una colecistitis a calculosa, pancreatitis y asitis. Realmente todo lo que mostró la ecografía es **inflamación de los órganos dentro del abdomen, que son lo que produce el dengue grave en los pacientes, y es que causa inflamación y disfunción de muchos órganos.** Mi turno termina a las 7 de la noche, realmente no ocurrieron más eventos durante mi turno, el paciente no presentó sangrados, no tuvo deterioro y le administramos el tratamiento adecuado oportuno al paciente de acuerdo a las guías de práctica clínica, utilizando todos los paraclínicos y los recursos que necesitaba el paciente Gracias, (...). **P:** Doctora, usted en la relación que nos ha hecho, hace referencia a una clasificación del dengue, de acuerdo con ese conocimiento médico que usted tiene, **P:** ¿Nos podría precisar cuál es esa clasificación a la que hace

referencia y cómo se divide o subdivide y los criterios para efectos de atender cada uno de esos criterios de clasificación? **R: La clasificación está dada por la guía de atención del dengue del Ministerio de Salud, que en ese momento estaba vigente la del año 2012. El dengue se clasifica en varios casos. Se clasifica en caso probable de dengue cuando un paciente tiene unos signos que sugieren que tiene dengue, pero todavía no tenemos una prueba confirmatoria, entonces es un paciente que tiene fiebre desde hace menos de 7 días, con síntomas constitucionales como dolor de cabeza, dolor reticular, mialgias, artralgias y puede tener un brote en el cuerpo y no presenta absolutamente nada más. Esa es la primera clasificación que es caso probable de dengue. La segunda es caso probable de dengue con signos de alarma. Entonces es ese paciente que tiene fiebre desde hace menos de 7 días, con los síntomas anteriormente mencionados, pero que presenta algunos de los signos de alarma que son dolor abdominal intenso, vómito persistente, diarrea, somnolencia o irritabilidad, signos de sangrado, caída abrupta de la temperatura o disminución rápida del recuento plaquetario. La tercera clasificación, que es el caso probable de dengue grave. Es un paciente en el que se sospecha que tenga dengue y la clasificación de dengue lo dan 3 componentes, 1 de los 3: extravasación severa de plasma, que es el paciente puede tener choque por dengue o derrame, ya sea pleural o asítico masivos. El segundo es un paciente que tenga hemorragias masivas o severas, que es un paciente que tiene sangrado. A, en cualquier nivel o en cualquier órgano con repercusión hemodinámica. Y el tercero. Es el que tiene daño grave de órganos, entonces es un paciente que tiene una enfermedad febril aguda y puede tener daño de cualquiera de los siguientes órganos. Puede tener miocarditis, que es compromiso del corazón, encefalitis, que es compromiso del cerebro, hepatitis que es compromiso del hígado, que era lo que tenía nuestro paciente Colecistitis alitiásica que tenía nuestro paciente, insuficiencia renal aguda o afectación de cualquier otro orden. Respecto a esta clasificación, nuestro paciente se clasificaba como dengue grave con daño grave de órganos. La siguiente clasificación es el caso confirmado de dengue, que es un paciente que por clínica se sospecha y se confirma por medio de cualquier prueba serológica. En nuestro caso, nuestro paciente se confirmó con IGM e IGG positivas para dengue. Y está el caso confirmado de mortalidad por dengue, que es un paciente en quien se realizó una confirmación serológica de la infección y fallece por la enfermedad. De acuerdo con ese, su respuesta, **P: ¿Usted nos podría precisar si dentro del desarrollo de la enfermedad del dengue existen algunas fases o etapas de la enfermedad?** **R: Sí, la enfermedad tiene 3 etapas, la primera es la etapa febril, que puede durar hasta 7 días en esa etapa es en la que la mayoría de las personas que hacen infección por dengue se queda ahí. Se conoce como el dengue clásico, que es cuando los pacientes tienen fiebre y tienen algunos síntomas constitucionales como cefalea, dolor en el cuerpo, dolor en las articulaciones que son mialgias y artalgias y pueden tener un brote. La gran mayoría de los pacientes presentan solamente estos signos y en el curso de 7 días que puede durar esta etapa en algunos pacientes. Los síntomas se resuelven y los pacientes se recuperan completamente. La segunda etapa de la enfermedad se llama la etapa crítica y es una etapa en la que solo algunos pacientes evolucionan entre adultos y niños. Los niños tienen más probabilidad de evolucionar a la etapa crítica y esta etapa crítica se presenta entre el tercero y el, y el sexto día de la enfermedad,****

y es una etapa crítica porque es la etapa en la que el hematocrito aumenta, hay hemoconcentración, lo cual implica que empieza a haber salida de plasma, lo cual es una de los principales problemas en la enfermedad por dengue, en segundos empieza a bajar el recuento plaquetario, empiezan a bajar los leucocitos, lo cuales son representaciones tanto de supresión de la médula ósea como de destrucción periférica de las plaquetas y en tercer lugar pueden empezar debido a eso, a haber sangrados y se presentan los signos de alarma, sí, que son el vómito, el dolor abdominal y todo esto, esa es la **fase crítica y nuestro paciente ingresó en el quinto día, enfermedad en etapa crítica. de ahí continua la fase de recuperación o convalecencia.**

Que es la etapa a la que la gran mayoría de los pacientes que llegan a la etapa crítica logran sobreponerse y llegar a la etapa de convalecencia que ocurre después del sexto, séptimo día, en donde ya no tienen fiebre y en general empieza la resolución de casi todos sus síntomas. **Realmente pocos pacientes evolucionan hacia una mortalidad por dengue y en los niños más o menos tiene una mortalidad del 5% a nivel mundial.**

P: Doctora, usted nos ha referido algunas etapas de la enfermedad, de acuerdo con su conocimiento médico, : ¿Es posible que si a un paciente, a un niño, se le brinda tratamiento médico dentro de la etapa febril se evite llegar o el mismo evite pasar a esa etapa crítica a la que usted nos ha hecho referencia? **R:** Depende, depende, porque al **ser una enfermedad que no tiene un tratamiento específico, la evolución de la enfermedad va a depender de varios factores, por ejemplo, la severidad de la enfermedad está dependiendo, está, depende de factores del huésped, o del paciente, en ellos qué incluye, por ejemplo, los pacientes pediátricos son pacientes de mayor riesgo respecto a los adultos, depende si el paciente tiene enfermedades asociadas, si tiene inmunosupresión, si tiene obesidad, ¿sí?, y hay otros factores que no dependen de huésped, que dependen del virus, depende del serotipo que lo infecta, depende de la virulencia del virus, depende de la carga viral del paciente. Entonces realmente es una interacción entre el virus que lo infecta y la respuesta inmunitaria al paciente. Por eso la idea en sí, detectar tempranamente esos pacientes, instaurar un tratamiento, pero es una enfermedad que incluso la literatura la describe como impredecible.** Por eso requieren un seguimiento estricto y una vigilancia clínica estricta, pero nadie puede saber qué paciente que está en la etapa febril va a progresar a una etapa crítica y finalmente, una etapa de convalecencia. ¿Sí?, **realmente es una enfermedad con este es un espectro clínico muy amplio y con evolución, que no es predecible.** Lo que tratamos es detectar tempranamente cuáles signos nos dicen que ese paciente está entrando en una etapa crítica, por ejemplo. **P:** En el caso del paciente Cristian Alejandro, ¿Él presentaba alguna de las enfermedades de base a las que usted ha hecho referencia? **R:** ¿Según lo referido por la mamá? No. **P:** ¿El fenotipo del virus, la, el nivel de carga viral se logró determinar en el caso del menor Cristian Alejandro por parte de ustedes en el Hospital Susana López de Valencia? **R:** Los serotipos que hay del virus son cuatro serotipos. Los cuatro circulan en Colombia, no se hace detección sistemática para identificar qué serotipos son, ni en nuestro hospital ni en toda la región. Son exámenes que solamente realiza el Instituto Nacional de Salud en casos específicos o cuando hacen muestreos aleatorios, pero no son pruebas de rutina para los pacientes, ya que no cambia, ni la conducta, ni su pronóstico, ni el manejo ni nada. Entonces son pruebas que no se realizan, como tampoco se realiza la, la medición de la carga viral, pero son factores que cuando realizan estudios científicos, científicos lo miden en algunos pacientes, encuentran que son factores que sí se asocian a severidad por la infección. Gracias. **P:** En

respuesta brindada al despacho, usted indicó **que el paciente presentaba fuga capilar**. ¿Usted nos podría precisar en qué consiste dicha afectación? **R:** **La fuga con capilar es el resultado del daño del endotelio que son las células que recubren los vasos sanguíneos de todo el cuerpo, que es lo que hace el dengue al afectar esas paredes que recubren los vasos sanguíneos, se abren unos poros pequeños que hay entre estas células y permiten que haya salida de plasma dentro de los vasos sanguíneos hacia fuera, a espacios donde normalmente ese líquido no está. Esto se representa clínicamente con varios aspectos, uno es el de los derrames pleurales. Que presentaba el paciente, dos, ascitis, que es líquido dentro del peritoneo o en la cavidad abdominal que lo demostró el paciente por la ecografía abdominal. Entonces estos son los dos principales signos de, de fuga capilar, el otro es que los pacientes se pueden empezar como a hinchar o inflamar, pero es menos frecuente en el dengue, pero sería otro signo de fuga capilar.** **P:** ¿En qué consiste el derrame pleural doctora? **R:** ¿Pleural? Es salida del líquido por fuera de los pulmones. Está ubicado entre los pulmones y la reja costal. Este líquido a medida que aumenta, pues disminuye la expansibilidad de los pulmones y puede llegar a tener dificultad respiratoria por eso. **P:** De conformidad con la historia clínica que se realizó del menor Cristian Alejandro. El mismo evolucionó según lo que usted nos ha indicado, hasta convertirse en un dengue grave. ¿Usted podría precisar, de acuerdo con su conocimiento médico, por qué motivo el dengue que sufría el menor Cristian Alejandro evolucionó hasta esta etapa? **R:** No lo sabemos porque el paciente ingresó ya en esa etapa, o sea, ingresó a nuestra institución en la etapa de grave. ¿Sí?, no podemos saber qué factores, porque nosotros solo lo conocimos en ese momento, o sea, yo solamente puedo opinar en el momento que atendí a mi paciente y lo recibí en ese momento. Entonces realmente en lo que me concierne a mí en este momento, es ese momento en que yo lo atendí, digamos que no encontramos factores de riesgo, pero además pues cabe aclarar que es una enfermedad con una evolución impredecible. **P:** Doctora dentro de la historia clínica que se registra por usted, se indica que el menor Cristian Alejandro presenta un alto riesgo de mortalidad. ¿Usted nos podría precisar en qué radicaba o cuáles eran los factores que daban lugar a ese alto riesgo de mortalidad que consagró en la historia clínica? **R:** Pues que el paciente ya tenía un dengue grave con evidencia de daño grave de órganos y no solo un órgano, sino más de un órgano y dos daños graves que son daño hepático grave con hepatitis grave y coagulopatía. Entonces los dos lo ponían en riesgo altísimo de tener las complicaciones que lo llevan a la muerte y la coagulopatía es la que lo lleva a tener hemorragias masivas y la disfunción hepática con fuga capilar, pues presenta el resto de complicaciones que puede llevarlo también a choque por dengue. Entonces digamos que si él tiene todos los factores que lo pueden de llevar, a llevar a eso, pues inevitablemente nosotros vemos que es un paciente que tiene muy alto riesgo de tener mortalidad por dengue. **P:** Dentro de la respuesta que brindaba inicialmente al despacho y de acuerdo con la clasificación del dengue, usted nos indicaba que existe una clasificación inicial, que es caso probable de dengue. Para precisar cuándo un niño de 10 años presenta fiebre por más de 2 días, malestar, mialgia, sin antecedente de trauma y proviene de una zona con transmisión de dengue, ¿Se debe considerar al mismo o se debe sospechar de que el mismo, cursa con un dengue? **R:** Depende, depende de cómo en ese momento yo examine al paciente y lo encuentre, o sea, depende de muchas más cosas. O sea, realmente no podría opinar en ese momento porque yo no atendí al paciente en ese momento, o sea, no solamente son los síntomas, sino también examinar al paciente y ver qué más encuentro. Entonces realmente no podría opinar al respecto. **P:** Estos

síntomas y signos a los que le he hecho referencia, de acuerdo con su conocimiento y la guía del Ministerio a la cual usted nos ha hecho referencia para el diagnóstico y tratamiento dengue, ¿Bajo esa guía podría ser considerado como un caso de dengue? **R:** Como te digo, **si la historia clínica coincide, si los hallazgos clínicos coinciden, quizá, pero como yo no hice esa historia clínica, no lo examiné, no podría decirlo.** **P:** De acuerdo con su conocimiento médico y la guía de diagnóstico y tratamiento del Ministerio de Salud vigente para esa época ¿Usted nos podría precisar cuál era el criterio médico, la conducta médica que se debía adoptar cuando existía un caso probable de dengue? **R:** **En ese momento se debe establecer dos casos, primero que pacientes tienen manejo ambulatorio y qué pacientes tiene manejo intrahospitalario, que también está estipulado en la guía y según eso dependerá el manejo, ¿sí?, del manejo depende si su manejo intrahospitalario o si es su manejo ambulatorio. Y pues el paso consiguiente es intentar hacer el diagnóstico del dengue, o sea tomar pruebas, las cuales tienen un tiempo en el transcurso de la enfermedad en las que se deben tomar. Sí, porque si yo realizo las pruebas que nosotros hicimos al quinto día de enfermedad las realizamos antes, pueden salir negativas y el paciente puede tener dengue, entonces la recomendación de la guía es que idealmente las pruebas se realicen el quinto día de la enfermedad.** Antes hay que llenarse como de muchos otros motivos. Y se maneja, se puede manejar como caso sospechoso de dengue. **P:** ¿Cuáles son los criterios que dan lugar a adoptar un manejo intrahospitalario o un manejo en casa? En este tipo de casos, cuando se sospecha que el paciente cursa con un dengue. **R:** Hay varios criterios, puntualmente en los niños. Qué es lo que nos concierne a nosotros. Se deben dejar hospitalizados los niños menores de 5 años. Los pacientes con enfermedades asociadas que les condicionen mayor riesgo, los pacientes con inmunosupresión, pacientes con riesgo sociales, es decir. Que vivan en una zona rural muy alejada en los, en quienes los padres uno no esté seguro si van a re consultar, si presenta signos de alarma. Ese tipo de cosas, donde uno vea que haya algo de riesgo social alrededor de ese paciente. Esos son los pacientes que, como caso probable de dengue, sin signos de alarma, deberían dejarse hospitalizados. **P:** Usted en su respuesta, nos ha indicado que se deben hacer algunas pruebas para continuar con el seguimiento y finalmente determinar si, existe o no existe el diagnóstico de dengue. ¿Usted nos podría precisar cuáles son esas pruebas que se deben adoptar? ¿Pruebas o exámenes en caso probable de dengue? **R:** Según los días de enfermedad, determinar si es posible realizar una prueba de diagnóstico que **a partir del quinto día sería la inmunoglobulina G o la inmunoglobulina M entre el día 2 y 5 se puede realizar el antígeno NS 1, que no está disponible en la mayoría de las instituciones, del país. No sé si no sé qué institución lo tengan disponible.** Y. Se debe realizar unos exámenes generales en donde se busca ver si hay complicaciones. Del dengue, entonces se hace el hemograma porque compromete las líneas celulares si se, si se dispone, porque no en todos los sitios hay, evaluar la función hepática, la función renal y los tiempos de coagulación. Ese hemograma para efectos de la trazabilidad del estado y evolución de la enfermedad, **P:** ¿Cada qué periodo se debe realizar o cada cuánto tiempo? **R:** Según el estado clínico del paciente, la guía no da un tiempo estimado. La literatura lo recomienda según cada 6, 12, 24, 48 horas, según la evolución del paciente, o sea, es individual a cada paciente, cuando es caso, probable de dengue., (...)

P: ¿Usted nos podría precisar de acuerdo con su conocimiento médico, ¿Cuál es la presión arterial normal para un niño de 10 años? **R:** Pues existen las tablas estandarizadas en donde nosotros los tenemos

registrados según edad y sexo. Nosotros las consultamos, las tenemos disponibles para consulta. La guía aporta unos datos base. Que ya te las digo, pero lo que hacemos nosotros es que tenemos las tablas disponibles en todos los servicios para consulte cuando el paciente ingresa anotamos en la historia clínica cuáles son los valores, rangos. Para un paciente de 10 años, más, más o menos sería la presión en el percentil 50, que es una presión promedio en 114 74. **P:** Cuando un niño de 10 años presenta una presión arterial de 40 sobre 70. ¿Ella nos estaría reflejando una hipotensión arterial o baja presión arterial? **R:** No, es un valor equivocado, no hay presión arterial, 40 70. **P:** De acuerdo con su conocimiento médico, precise si la hipotensión o baja presión arterial es un signo de alarma en el dengue. **R:** Es un signo de dengue grave. **P:** De acuerdo con su conocimiento médico. Nos podría indicar. **P:** ¿En qué consiste, la ascitis y la hepatitis y qué consecuencias y síntomas generan en el paciente? Cuando estas provienen de un dengue grave, como es el caso del menor Christian Alejandro. **R:** La ascitis es la presencia del líquido en la cavidad abdominal por fuera de los órganos y del intestino. Es salida de líquido que dependerá de la cantidad de líquido que haya, si puede generar problemas en una acumulación masiva puede tener algunos problemas. El paciente no tenía una ascitis severa y la hepatitis es la inflamación del hígado. Al estar el hígado inflamado, no cumple adecuadamente su función y puede llevar a falla hepática con encefalopatía hepática. **P:** De acuerdo con las respuestas que nos ha brindado, nos ha indicado que existen algunas pruebas para efectos de determinar el diagnóstico de dengue, entre ellas los anticuerpos IG, IM. Cuando en una institución hospitalaria no se cuenta con este tipo de pruebas ni con antígenos NS 1, como usted lo refirió anteriormente. Pero existe esa sospecha de diagnóstico de dengue, ¿Qué conducta se debe adelantar? ¿Se debe remitir el paciente a otra institución donde se cuenten, se adelantan otras pruebas? ¿Que se hacen en esos eventos? **R:** Depende, depende de cómo en ese momento uno atiende al paciente, o sea, no es solamente un examen diagnóstico, es ver todo el contexto del paciente, es decir, no podría opinar que cuál es la conducta en un paciente que yo en ese momento no he estado atendiendo. **P:** Si el paciente presenta signos de alarma y no se cuenta con ninguno de estos tipos de signos diagnósticos y ayudas diagnósticas, ¿De acuerdo con los protocolos, con la guía de atención médica y de diagnóstico, qué conducta se debería adoptar? **R:** Un paciente con signos de alarma. La conducta es remisión a un nivel superior. Toca ver en qué nivel está ese paciente, a qué nivel lo va a remitir, o sea, depende en dónde está ubicado ese paciente, si está en un nivel 1, la conducta es en un dengue con signos de alarma, remitir a nivel 2 o nivel 3, según sea el caso del paciente. **P:** Usted nos refirió que parte del tratamiento de los pacientes con dengue consiste en el suministro e hidratación del paciente, entre otras cosas con cristaloides, ¿Usted nos podría indicar? ¿En qué consiste o de qué? ¿A qué hace referencia el suministro de cristaloides a mantenimiento? **R:** Los líquidos cristaloides son un tipo de, de líquidos endovenosos que utilizamos, que tienen unas características especiales dentro de los cuales está **la solución salina y el lactato de ringer**, nos da mantenimiento a los pacientes con dengue requieren una cantidad distinta de administración de, de líquidos, no da de mantenimiento según el estado de esa enfermedad, según el momento, según cómo se encuentra en ese momento el paciente, las guías estipulan cómo administrar esos líquidos. **P:** Cuando se indica que se hace suministro de líquidos a mantenimiento, ¿A qué se hace referencia con, con ello? ¿En qué consiste administrar líquidos a mantenimiento? **R:** Líquidos a mantenimiento, son los líquidos que un paciente necesitaría si no tiene pérdidas aumentadas, es decir, si no tiene vómito, diarrea. Otras pérdidas y sudoración excesiva y el paciente no va a tener vía oral, sí, es decir, los líquidos que yo necesito a nivel basal en

caso de que no los voy a recibir por vía oral y no tengo ningún otro tipo de tipo de pérdidas de líquidos, esos son los líquidos de mantenimiento. **P:** ¿A los pacientes con dengue se les hace un suministro de una cantidad mayor? ¿A la que se suministra cuando se indica que se hace suministro a mantenimiento? **R:** Si, mayor. **P:** De acuerdo con su conocimiento, de acuerdo con las guías, con los protocolos, precise qué sucede en un paciente con dengue cuando se le pasan cristaloides a mantenimiento, requiriendo el mismo el suministro de estos cristaloides a una cantidad mayor según lo que usted nos ha indicado. **R:** Depende de cómo esté en ese momento el estado el paciente, o sea...Que complicaciones...en cada momento es distinto. ¿Perdón?, no escuché. **P:** ¿Qué complicaciones eventualmente se podrían generar a raíz de esa situación? **R:** Depende si el paciente ya tiene fuga capilar y yo no estoy administrando la cantidad suficiente de medicamentos, pues el paciente puede empezar a tener signos de disminución del volumen intravascular, si el paciente no tiene signos de fuga capilar, probablemente no altere mucho, mucho eso el que los líquidos no estén aumentados. Por eso te digo, depende en qué momento se encontró ese paciente, qué cantidad de líquidos necesita ese paciente. El manejo de los líquidos en un paciente es muy dinámico, no es estipulado estrictamente, incluso las guías le dan a uno rangos de manejo. Nunca le dicen ese estado sí es exacta, sino te dan rangos en el que uno lo determina según cómo está el paciente en ese momento. **P:** ¿Cuáles son las condiciones clínicas, signos, síntomas y demás que dan lugar a adoptar cada uno de esos rangos? **R:** Toda la evaluación completa del paciente le estado hemodinámico, el estado respiratorio, los exámenes, o sea, toda la evaluación completa del paciente. (...) **P:** Dentro de la respuesta dada inicialmente, usted manifestó que cuando ingresó el paciente al Hospital Susana López de Valencia. Presentaba tiempos prolongados de coagulación. ¿Usted nos podría precisar en qué consiste esa sintomatología o circunstancia médica? **R:** Es un hallazgo de laboratorio en donde ellos realizan pruebas de coagulación de la sangre y se, se dan cuenta que la sangre se demora mucho más tiempo en coagular que la sangre normal. **P:** ¿Esa situación puede finalmente generar hemorragias o pérdidas de plasma y demás? **R:** Sí, es una de las causas de hemorragias masivas en dengue, por eso se trató desde que ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos y teníamos reportes de los paraclínicos. El tratamiento es administrar plasma fresco, congelados y el paciente no ha sangrado y si el paciente ya sangra puede requerir otro tipo de **hemoderivados**. Y ese fue el manejo que se le instauró al paciente. **P:** De conformidad con la historia clínica del paciente y que fue aportada al proceso por parte del Hospital Susana López de Valencia. Obra que efectivamente al mismo se le ordenó el suministro de plaquetas. Sin embargo, hay una nota posterior donde se indica que las mismas no fueron suministradas debido a que no existían en ese momento en la institución. ¿Usted nos podría indicar qué consecuencias puede traer para el paciente con dengue? ¿El no suministro de esas plaquetas? (...) ¿Cuándo un paciente con dengue requiere el suministro de plaquetas y estas no le son suministradas, qué consecuencias puede acarrear ello para el paciente? **R:** Dependería de varias cosas, primero depende del nivel de plaquetas que tenga, o sea el número de plaquetas que tenga, que en ese punto de la historia, no es claro el, número exacto de plaquetas que tiene, ni siquiera la parte de arriba hematológico. No sé cuál es el valor que el paciente tiene en ese momento, y digamos que la administración de las plaquetas hay que verla en un contexto general, el paciente tiene una coagulopatía que es alteración en la coagulación sanguínea, no solo por plaquetas, ¿Sí? Él tiene unos tiempos de coagulación prolongado., entonces digamos que **el riesgo de sangrado que tenga ese paciente no va a depender únicamente de las plaquetas**. Sí, o sea, depende. Hay varios factores en, de coagulación,

en la sangre de las que depende el, el sangrado. La decisión uno de administrar plaquetas depende mucho de qué signos de sangrado tiene en ese momento el paciente y el número exacto que tiene de plaquetas en ese momento el paciente. Sí, con esas consideraciones uno puede decidir si definitivamente tengo que administrar plaquetas o. Puedo administrar otras cosas que ayudan a la coagulación. **Como el plasma fresco congelado, como el crioprecipitado que le administraron ahí y como la vitamina K, que también dice más arriba, se indica vitamina K. Todos esos son factores que ayudan a la coagulación porque el problema de coagulación de este paciente no es solamente por plaquetas, sino que tiene otros problemas en la coagulación que también lo ponen en riesgo de sangrado. Entonces realmente hay que considerar cómo está en ese momento ese paciente y todas las demás cosas para decir qué conducta tomo si no hay plaquetas.** No era el momento en el que yo estaba teniendo el paciente entonces. Pues no era mí, mi decisión que tomar con ese paciente. OK. Doctora, Carolina, **P:** ¿Usted nos podría indicar, por favor? ¿De acuerdo con su conocimiento médico? ¿En qué consiste la prueba del torniquete y la importancia que tiene la misma en el diagnóstico de sospecha de dengue en un paciente? **R:** **La prueba del torniquete consiste en colocar el brazalete con el que tomamos la presión arterial alrededor del brazo del paciente, insuflamos el manguito durante esta determinada, pues la técnica y lo que se observa es que al dejar el manguito insuflado durante determinado tiempo, cuando se retira el manguito, pueden aparecer petequias que son los punticos rojos en la sangre, que son un signo como desangrado a nivel de la microvasculatura que nos podrían sugerir que ese paciente pues tiene una disminución en las plaquetas y que, ebo hacer como otro tipo de estudios.(...)**

P: ¿Usted podría indicarnos de acuerdo a su amplia experiencia en el campo de la salud y en el tratamiento de estas, de la experiencia que puede tener en el tratamiento de estas de esta enfermedad, específicamente el dengue? Cuando hay interrupción, usted menciona que dentro de la, dentro de lo que logró conocer por lo que refiere la madre al momento de que lo lleva a su consulta con usted en el hospital Susana, en la respectiva rendición, dice que ya recibió, o sea, que el niño fue atendido en una primera etapa en el Hospital Susana López, posteriormente lo lleva a una entidad privada y posteriormente lo vuelve a llevar a Susana López. Vean, perdona... **R:** No doctor, dije que fue dos veces al hospital del Bordo, sí señor. **P:** Si, perdón, esa, esa es la aclaración, ahí al hospital el Bordo. Donde pues ya posteriormente lo remiten al Hospital Susana López. ¿Doctora, usted me puede manifestar qué sucede, digamos, en este tipo de enfermedades? ¿O, o en qué infiere el cuadro de evolución de enfermedad, de la enfermedad del dengue cuando se ve interrumpido el tratamiento que se brinda en una primera atención? **R:** Pues es que es muy relativo, no sé a qué se refiere a interrumpido el manejo porque la mamá decía, que la mamá, consulto y le dieron salida. No sé, o sea, no dispongo de datos de esa historia clínica, no sé. ¿A qué te refieres con interrumpido? No, no, no me queda claro eso. **P:** Bueno, no es que, no tiene conocimiento. La cuestión es en la interrupción digamos, de un tratamiento en un paciente con dengue. ¿Eso puede verse reflejado en una evolución más grave de la enfermedad? **R:** Pues depende. Realmente el manejo ambulatorio del dengue, que es el que podría interrumpir tratamiento porque pues sí está hospitalizado, a no ser que, que no se, hagan retiro voluntario, que para los pediátricos no existe realmente. La interrupción intrahospitalaria del tratamiento, pues es poco frecuente, pues no, no se da. Y en cuanto a la interrupción del tratamiento ambulatorio, **pues realmente el manejo ambulatorio del dengue tiene solamente consta de 2 cosas, que es la**

hidratación y el manejo sintomático con acetaminofén realmente no tiene mucho que ver que interrumpan eso, sino que tiene más que ver a la atención a los signos de alarma, que es a lo que uno enfatiza a un paciente que uno decide enviar para la casa, que en el momento que presente signos de alarma debe consultar inmediatamente. Digamos que eso sería lo más importante en la parte del manejo ambulatorio. Más que la interrupción como tal del tratamiento. Pues ya que, en este caso, como le digo, no hay un manejo específico, es un manejo de sostén, sintomático. **P:** A lo largo de lo que usted ya ha respondido, se han hablado de unos signos de dengue graves, usted ya los explicó. La pregunta que le quiero hacer es ¿Si esos signos de dengue estaban? De dengue grave, ¿Se habían instalado antes del ingreso del menor Christian al Hospital Susana López? **R: No sabemos, porque no lo habíamos visto antes.** Él tenía signos de alarma, sí, que fue con los que ingresó, pero muchos de los signos de dengue grave, pues algunos son, clínicos, como los signos de extravasación de líquido, los signos de choque por dengue, pero otros sí requieren estudios paraclínicos. Entonces digamos que al ingreso del paciente ya tenía porque, apenas ingresa, tomamos los exámenes y encontramos que tiene signos de dengue grave. Eso es como lo que te podríamos decir en el momento. **P:** Los exámenes de ingreso el paciente ya tenía criterio para dengue grave. Cuando, teniendo en cuenta eso, pues que usted me está diciendo que hay unos signos de dengue grave que son de hallazgo clínico y hay otros que sí requieren exámenes más profusos. Teniendo en cuenta eso. ¿El pronóstico de, de Cristian? Digamos al ingreso, al ingreso al Hospital Susana López, ¿Era un pronóstico pobre, desalentador? **R:** No, realmente lo que decimos nosotros, que es un paciente que ingresa en estado crítico y con factores que le consideran mucho más riesgo de mortalidad que un paciente que no se encontrara con un riesgo grave, ¿sí?, es decir, no es un paciente en el que nosotros decimos tiene mal pronóstico, ¿sí?, pero es un paciente que si aclaramos en la historia clínica que le aclaramos siempre a los padres que tiene riesgos de mortalidad y morbilidad asociada a las complicaciones por dengue que puede presentar eso, digamos que siempre, sí lo aclaramos. Y siempre colocamos que el paciente se encuentra en estado crítico, un paciente en estado crítico, tiene una evolución que no es predecible, puede evolucionar favorablemente, puede empeorar, puede deteriorarse y puede fallecer. **P:** Antes de empezar con el testimonio, usted nos hizo una aclaración, y es que durante el periplo de tiempo en el que Cristian Alejandro permaneció en el Hospital Susana López, pues usted lo, lo atendió, no más durante una parte de ese tiempo. De acuerdo. Durante la parte de ese tiempo que usted lo atendió. ¿Usted ordenó o supo que le hubieran administrado los cristaloides de los que ya se ha hablado acá en este, en esta audiencia? **R:** Sí, sí se administró, digamos que el manejo de líquidos endovenosos es el pilar fundamental del manejo y se inició desde el ingreso a la institución. **P:** Esa, digamos, ¿La cantidad en la que se suministra puede variar?, es decir, ¿Incrementarse o disminuirse? ¿Y en caso afirmativo, en función de qué factores eso puede ocurrir? **R:** Digamos que como nosotros monitorizamos la cantidad de líquidos que administramos, un paciente de acuerdo, de acuerdo a su estado hemodinámico, su estado respiratorio, entonces digamos que estamos evaluando constantemente muchas cosas en los pacientes de los signos vitales, su frecuencia cardíaca, su presión arterial, la perfusión distal, la frialdad, si orina o no orina, si tiene dificultad respiratoria, o sea, son muchas variables, incluido el seguimiento del hemograma nos va diciendo en qué momento ese paciente necesita más líquido o que el pacientes más necesita menos líquido, la guía incluso le dice a usted, vaya monitorizando cada X tiempo. Y si pasa esto, bájelo a estos rangos súbalo a estos rangos, pero digamos que le deja el espectro abierto para que

uno vaya tomando las decisiones según cómo va encontrando al paciente. **P:** (...) en algún punto también de las preguntas que usted respondió antes habló de. Una fuga capilar y que eso podía de pronto, no sé cómo decirlo. Disminuir la eficacia de los cristaloides. La pregunta entonces sería, ¿Si en algún momento esa fuga capilar se presentó? ¿Y si eso hizo que se incrementaran esos, esos cristaloides o esos líquidos endovenosos? **R:** No, digamos que, la fuga capilar es precisamente la razón por la que el paciente requiere más líquidos endovenosos, ¿sí?, por esa razón administramos más líquidos, porque el paciente presenta fuga capilar. Y obviamente, en el momento en que nosotros vemos si los signos de fuga aumentan o disminuyen en conjunto con muchos otros factores, decidimos en qué momento vamos cambiando la cantidad de líquidos que le administramos a ese paciente. **P:** Usted ahorita hablaba, del tema de la, de la coagulopatía y que este chico Cristian Alejandro, infortunadamente pues tenía una coagulopatía como consecuencia de ese dengue grave. Pero digamos, en términos generales, en otro tipo de enfermedades que también generen problemas de coagulación. ¿En esas otras enfermedades se suele utilizar también la vitamina K como alternativa? **R:** No, no es alternativa, es como un manejo conjunto, por qué. La vía de la coagulación está compuesta por muchos factores de coagulación, entonces cuando yo coloco diferentes cosas cuando coloco plasma, cuando coloco precipitado, cuando coloco vitamina K cada uno incide sobre diferentes factores de la coagulación. ¿Sí?, entonces yo lo que trato es de tratar de reponer y, y mejorar la mayoría de los factores de coagulación, porque con uno solo no cubro todos. ¿Sí? Entonces por eso sí se ha utilizado la vitamina K en algunos tipos de coagulopatía, porque la vitamina K si incide en la producción de unos de los tipos de factores de coagulación,”

De lo expuesto por la médica tratante se extraen las siguientes conclusiones:

- La atención brindada por la especialista en pediatría data del 12/10/2015, fecha en la que el paciente arriba al Hospital Susana López de Valencia, con un cuadro clínico de 4 días de evolución, sin mejoría.
- El hemograma practicado arroja alteraciones con leucopenia, disminución de los glóbulos rojos, así como, de las células de defensa, con plaquetas mucho más disminuidas, clasificadas en una trombocitopenia severa, características de la infección por dengue.
- La guía de atención para dengue del Ministerio de Salud, vigente para la época, establece un manejo de soporte, ya que no existe un tratamiento específico para el dengue, así como para muchas otras infecciones virales.
- Se encuentra acreditado que al paciente, se le brindó manejo hídrico, desde su ingreso al servicio de urgencias y su estadía en la Unidad de Cuidado Intensivo, con soluciones cristaloides isotónicas que se calculan de acuerdo a las guías de práctica médica.
- Al ser una enfermedad que no tiene un tratamiento específico, la evolución y severidad de la enfermedad va a depender de varios factores, entre ellos del huésped o del paciente, del serotipo de virus que lo infectó, de la carga viral del paciente.
- Detectar tempranamente a enfermedad reviste dificultades pues se puede confundir en su fase inicial con cualquier otra. Además la literatura médica la describe como impredecible.

Según el diagnóstico realizado en el Hospital Susana López de Valencia, el menor CRISTIAN JIMENEZ ORTEGA (q.e.p.d.) se encontraba en una etapa crítica de la enfermedad para el momento en que ingresó a dicho hospital.

En la Guía para la Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue expedida por el Ministerio de salud, se indica sobre esta etapa en particular (fl 17; 19 a 21, archivo 76 Cdno Ppal- Guía Minsalud) :

"La etapa crítica coincide con la extravasación de plasma y su manifestación más grave es el choque, que se evidencia con frialdad de la piel, pulso filiforme, Taquicardia e hipotensión. A veces, con grandes hemorragias digestivas asociadas, así como alteraciones hepáticas y quizás de otros órganos. El hematocrito se eleva en esta etapa y las plaquetas que ya venían descendiendo alcanzan sus valores más bajos. En la etapa de recuperación generalmente se hace evidente la mejoría del paciente, pero en ocasiones existe un estado de sobrecarga líquida, así como alguna infección bacteriana. (fl 17, archivo 76 Cdno Ppal) (...)

Entre el 3º y 6º día para los niños, y entre el 4º y 6º día para los adultos (como período más frecuente pero no exclusivo de los enfermos que evolucionan al dengue grave), la fiebre desciende, el dolor abdominal se hace intenso y mantenido, se observa derrame pleural o ascitis, los vómitos aumentan en frecuencia y comienza la ETAPA CRÍTICA de la enfermedad, por cuanto es el momento de mayor frecuencia de instalación del choque. También en esta etapa se hace evidente la hepatomegalia. La presencia de signos de alarma es muy característico del tránsito a esta etapa y anuncian complicaciones tales como el choque (Rigau & Laufer, 2006).

El hematocrito comienza siendo normal y va ascendiendo a la vez que los estudios radiológicos de tórax o la ultrasonografía abdominal muestran ascitis o derrame pleural derecho o bilateral. La máxima elevación del hematocrito coincide con el choque.

El recuento plaquetario muestra un descenso progresivo hasta llegar a las cifras más bajas durante el día del choque para después ascender rápidamente y normalizarse en pocos días. El choque se presenta con una frecuencia 4 ó 5 veces mayor en el momento de la caída de la fiebre o en las primeras 24 horas de la desaparición de ésta; que durante la etapa febril.

Existen signos de alarma que anuncian la inminencia del choque, tales como el dolor abdominal intenso y continuo, los vómitos frecuentes, la somnolencia y/o irritabilidad, así como la caída brusca de la temperatura que conduce a hipotermia a veces asociada a lipotimia. Estos signos identifican precozmente la existencia de una pérdida de líquidos hacia el espacio extravascular que por tener un volumen exagerado y producirse de manera súbita el paciente difícilmente podrá compensar o no podrá compensar por sí solo.

Los signos de alarma indican el momento en el cual el paciente puede ser salvado si recibe tratamiento con soluciones hidroelectrolíticas en cantidades suficientes reducidas por la extravasación de plasma, a veces agravada por pérdidas al exterior (sudoración, vómitos, diarreas).

No tienen que estar presente, de inicio, todos los signos clínicos de choque. Basta constatar la disminución de la presión arterial (P.A.)

diferencial, presión del pulso (diferencia de 20 mm Hg o menos entre la P.A. máxima o sistólica y la mínima o diastólica) o la Presión Arterial Media (PAM), la cual generalmente ha sido precedida por signos de inestabilidad hemodinámica (taquicardia, frialdad, llenado capilar lento, entre otros). Por tanto, no es necesario esperar la hipotensión para diagnosticar choque (Martínez & Velázquez, 2002).

Los signos de choque la mayoría de las veces tienen duración de algunas horas. Cuando el choque se hace prolongado o recurrente, o sea, se prolonga más de 12 ó 24 horas y excepcionalmente más de 48 horas, se aprecian en el pulmón imágenes radiológicas de edema intersticial a veces semejando lesiones neumónicas. Más adelante puede instalarse un síndrome de dificultad respiratoria por edema pulmonar no carcinogénico, con mal pronóstico.

2.4. COMPLICACIONES Y FORMAS GRAVES E INUSUALES DE DENGUE

2.4.1. Choque por dengue

Está presente en la inmensa mayoría de los enfermos que agravan y fallecen, como causa directa de muerte o dando paso a complicaciones tales como: hemorragias masivas, coagulación intravascular diseminada, edema pulmonar no cardiogénico, fallo múltiple de órganos (síndrome de hipoperfusión-reperfusión). Más que complicaciones del dengue se trata de complicaciones del choque prolongado o recurrente. Prevenir el choque o tratarlo precoz y efectivamente significa prevenir las demás complicaciones del dengue y evitar la muerte.

En los enfermos con dengue es frecuente que exista alguna alteración hepática, generalmente recuperable. También pueden existir alteraciones miocárdicas particularmente en adultos, con poca expresión electrocardiográfica. Con menor frecuencia se observan alteraciones renales y neurológicas."

Acorde con lo expuesto la impresión diagnóstica crítica del paciente CRISTIAN JIMENEZ ORTEGA (q.e.p.d.) indefectiblemente está definida como un dengue grave con señal de alarma que ameritaba tratamiento intrahospitalario, toda vez que, el desarrollo de la enfermedad presentó los parámetros establecidos por la directriz del Ministerio de Salud con tal finalidad, definidos en los siguientes términos: (fl 21, archivo 76 Cdno Ppal-Guía Minsalud)

"Clasificación clínica para el manejo del Dengue

Dengue grave:

1. Extravasación severa del plasma conducente a:

Síndrome de Choque por dengue (SCD)

Acumulo de líquidos con dificultad respiratoria

2. Hemorragias severas según criterio clínico

3. Daño grave de órganos:

Hígado: TGO o TGP > o igual a 1.000

Sistema Nervioso Central: Alteraciones estado de consciencia (convulsiones, inconsciencia)

Corazón: miocarditis o miocardiopatía

Otros órganos" (fl 21 , archivo 76)

Según el Gobierno Nacional, este estado de la enfermedad amerita el siguiente tratamiento:

"4.2 Grupo B: PACIENTES QUE DEBEN SER HOSPITALIZADOS PARA UNA ESTRECHA OBSERVACIÓN Y TRATAMIENTO MÉDICO

(...)

Tratamiento en pacientes CON signos de alarma

Iniciar reposición de líquidos por vía intravenosa (I.V.) utilizando soluciones Cristaloides, como Lactato de Ringer u otra solución (Dung et al., 1999; Wills et al., 2005). Comenzar por 10 ml/Kg/hora y posteriormente mantener la dosis o disminuirla de acuerdo a la respuesta clínica del paciente. Es importante monitorear el estado hemodinámico del paciente permanentemente teniendo en cuenta que el dengue es una enfermedad dinámica.

Se debe tomar una muestra para hematocrito antes de iniciar la reposición de Líquidos por vía intravenosa (I.V.) y después repetir el hematocrito periódicamente (cada 12 a 24 horas). Administrar la cantidad mínima necesaria para mantener la adecuada perfusión y una diuresis adecuada (>0.5 ml/kg/hora).

Habitualmente se necesita continuar esta administración de líquidos por vía I.V. durante 48 horas. Si hay empeoramiento clínico o elevación del hematocrito, aumentar la dosis de cristaloides I.V. a 10 ml/kg/peso/hora hasta la estabilización del paciente o hasta su remisión a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). (Anexo 1, algoritmo para atención clínica)

Seguimiento: A los pacientes del grupo B se les debe hacer un seguimiento estricto y monitorear signos de alarma hasta que pase la fase crítica, balance de líquidos. Se debe monitorear constantemente (1- 4 horas) Signos vitales (tensión arterial, Presión arterial media, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria), perfusión periférica, gasto urinario (4 - 6 horas), Hematocrito (12 horas), función de otros órganos (función renal, hepática).

Laboratorios a realizar en pacientes del Grupo B: Cuadro hemático completo con el fin de evaluar leucopenia, Trombocitopenia, hemoglobina y hematocrito, transaminasas (ALT, AST), Tiempos de coagulación (PT, PTT), e IgM dengue. Electrocardiograma en paciente con alteraciones del ritmo cardíaco." (fl 28, archivo 76)

De ki reportado en el historial clínico de Cristian Jiménez Ortega (q.e.p.d.), se acreditó su permanencia en el Hospital Susana López de Valencia de Popayán por un espacio aproximado de 24 horas (12/10/2015-10: 42 am -13/10/2015-10:39), dentro de las cuales, se realizaron toda clase de exámenes de laboratorio para establecer sus condiciones hemáticas y de hidratación.

En relación con la hidratación y estabilización hemática, el reporte del historial clínico, evidencia el suministro de líquidos y de hemoderivados en los siguientes términos: (archivo 72, Cdno Ppal)

- Hidratación:

Fecha	Hora	Suministro y Cantidad
12 /octubre/ 2015	12:00 pm.	Bolo de Hartman -500 CC Solución Salina- 50 CC
	12.15 pm	Cloruro de Potasio- 500 ml Lactato Ringer- 500 ml 90 CC/H
	3: 00 pm	SSN+5CC DE KATROL- 90 CC
	4.00 a 11:00 pm	SSN+5CC DE KATROL- 138 CC- cada hora
13/octubre /2015	12:00 am	SSN+5CC DE KATROL- 138 CC- SOLUCION SALINA NORMAL 400CC + NATROL 100 CC- 46 C.C.
	1: 00 am	SOLUCION SALINA NORMAL 400CC + NATROL 100 CC- 46 C.C. SSN+5CC DE KATROL- 92 CC-
	2:00 am	SOLUCION SALINA NORMAL 400CC + NATROL 100 CC- 46 C.C. SSN+5CC DE KATROL- 92 CC-
	3:00 a 8:00 am	SOLUCION SALINA NORMAL 400CC + NATROL 100 CC- 34 C.C./ cada hora SSN+5CC DE KATROL- 92CC-/
	8:00 am	Lactato Ringer- 500 ml 90 CC/H
	9:00 am	SOLUCION SALINA NORMAL 400CC + NATROL 100 CC- 46 C.C./ SSN+5CC DE KATROL- 8 CC-/
	10:00 am	SOLUCION SALINA NORMAL 400CC + NATROL 100 CC- 46 C.C./ SSN+5CC DE KATROL- 80 CC-/

- Estabilización hemática:

Fecha	Hora	Suministro y Cantidad
12/octubre/2015	17:45	PLASMA FRESCO CONGELADO, ADMINISTRO 230CC VIA EV LENTO SIN COMPLICACIONES
	21:00	ALBUMINA HUMANA 20% SOLUCION INYECTABLE 50 mL
	2:00 AM	Crioprecipitados-83 CC
	3:00 am	Plasma a-300 C.C.
		VITAMINA K1 10 mg /mL SOLUCION INYECTABLE

13/octubre/2015	11:00 am	HEMASELL- 160,00 CC
		GLOBULOS ROJOS- 80 C.C.
		PLAQUETAS- 140 C.C.

El suministro permanente de líquidos hidratantes y de hemoderivados está acorde con el tratamiento indicado en el la Guía para el tratamiento del Dengue, expedida por el Gobierno Nacional, cuando precisa lo siguiente: (fl 29 , archivo 76 Cdno 1 Ppal)

"4.3 Grupo C: PACIENTES QUE REQUIEREN TRATAMIENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS INTENSIVOS PORQUE TIENEN DENGUE GRAVE

Nivel de atención: TERCER NIVEL

Manejo del paciente pediátrico (Ver Anexo Pediátrico): El tratamiento está enfocado al manejo del choque mediante resucitación con aporte por vía I.V. de soluciones cristaloides, preferiblemente Lactato de Ringer un bolo de 20 ml/Kg. Este plan de reanimación está diseñado para estabilización del paciente en 8 horas. Re-evaluar la condición del paciente (signos vitales, tiempo de llenado capilar, hematocrito, diuresis, entre otros) y decidir, dependiendo de la situación clínica, si el paciente continúa inestable se pueden administrar hasta 2 bolos de cristaloides o aplicar coloides, si el paciente evidencia mejoría se hace una reducción progresiva de la cantidad de líquidos así:

De 5 a 7 mL/Kg/hora por 2 horas y reevaluar, 3 a 5 mL/k/h en las siguientes 4 horas y reevaluar y 2 cc/Kg/h por 2 horas.

Si el hematocrito desciende y el paciente mantiene el estado de choque, pensar en que se ha producido una hemorragia, casi siempre digestiva, se indica transfusión de glóbulos rojos. Si con el manejo anterior el paciente no está estable se sugiere iniciar soporte inotròpico⁴³ por posible disfunción miocárdica y /o miocarditis por dengue.

Si el paciente evoluciona satisfactoriamente se debe continuar líquidos de mantenimiento. (Tenga en cuenta la fórmula de hidratación de Holliday utilizada en pediatría para otras patologías que cursan con deshidratación) (Ver Cuadro 3 del Anexo Pediátrico)

Frente al tema la Dra. Gina Paola Cabrera Bautista, en diligencia de contradicción del dictamen rendido, estimó lo siguiente: (archivo 104. Cdno Ppal)

“P:Doctora en la pregunta número cuatro, página 22, usted indica lo siguiente: la deshidratación es una complicación de la primera etapa, la etapa febril del dengue y por lo tanto un paciente con dengue puede evolucionar a dengue grave o choque por dengue, choque prolongado o recurrente que genere disfunción orgánica múltiple, síndrome de dificultad respiratoria por edema pulmonar no cardíaco, coagulación intravascular diseminada, hemorragias masivas y la muerte. De conformidad con ello y para mayor claridad, doctora, le pregunto: Con esa afirmación que usted realiza, lo que indica es que la deshidratación es la que ocasiona que el paciente con dengue pueda evolucionar a dengue grave, choque por dengue, choque prolongado recurrente que genere disfunción orgánica múltiple, síndrome de dificultad respiratoria por edema pulmonar no

⁴³ Son un grupo de medicamentos que aumentan la contracción cardíaca. Se utilizan en situaciones de urgencia, cuando el paciente presenta cuadros de shock (un colapso circulatorio) o hipotensión (disminución de presión arterial). También se utilizan en el post-operatorio de una cirugía cardíaca. <http://www.wicardio.org.ar/wiki/Inotr%C3%B3picos>

cardiogénico, coagulación intravascular diseminada, hemorragias masivas y la muerte.?

C: No, no explícitamente de esa manera. La hidratación intensa es la que previene ingresar, pero, el dengue o el comportamiento del dengue durante todas sus etapas depende del paciente, depende de si el paciente, del sistema inmunológico del paciente, del serotipo de dengue que lo haya infectado, de si él tiene previamente factores de riesgo para que se complique con un dengue severo, sí?, es una suma de condiciones de antecedentes personales, de antecedentes o de condiciones inmunológicas del menor, que le generan que el paciente vaya a ser una complicación que termine en fatalidad. Porque a todo, es probable que todas las personas que vivan en municipios endémicos para ello que tengan el riesgo de tener una infección por dengue, no todas las personas se mueren, o sea, no todas, igual que con el COVID, no todos los pacientes con COVID terminan en mortalidad. Depende del paciente específicamente. Pero sí es una condición médica que la hidratación intensa, ya sea dependiendo de la fase del dengue, sea oral o endovenosa, la hidratación sea, un, la que evite que el paciente progrese a una fase crítica, que es, la que le llega, le lleva a la falla de órganos y al choque hemorrágico y la falla de órganos y posteriormente pues a la muerte. Entonces sí, aunque hay que tener cuidado, porque esto es un balance que tiene que ser muy exquisito entre, hidratarlo de la manera adecuada, pero no sobrehidrato, porque cuando uno sobre hidrata también le genera riesgo, entonces es realmente es un equilibrio que se debe tener. No, no, no, solamente depende de la hidratación, depende mucho del paciente y hay muchas cosas que uno se le escapan del paciente porque, cada uno responde de una manera propia. P: Doctora, es decir, doctora, en un paciente, según usted lo explica, el hecho de que el paciente avance o no a una etapa más grave del dengue depende de sus condiciones fisiológicas, pero, le pregunto si a ese paciente con dengue no se le suministra hidratación, hay un mayor riesgo de que pueda evolucionar a esas fases más agudas del dengue? C: Sí, señor. Si no se hidrata de la forma correcta, hay más riesgo de que evolucione al dengue grave, pero hay que tener en cuenta que el dengue tiene unos, según el estado en el que uno tenga al paciente, tiene unas formas de manejo, sí?, pacientes que tienen, por ejemplo, que aplican para el manejo de hidratación oral, esa hidratación oral se puede dar en casa y depende cómo de uno como paciente y de la familia dar hidratación, cualquiera el nivel que sea, pero, la idea es que los pacientes que requieren hidratación endovenosa, como la recomendación es que esté en un nivel dos de atención, entonces ese esa hidratación endovenosa, también tiene que tener como finalidad, una hidratación adecuada al paciente para lograr con esa hidratación, evitar en lo posible que el paciente evolucione a un deterioro.”

De los reportes médicos que obran en el expediente, se evidencia que la hidratación y hemoderivados suministrados al menor Cristian Jiménez Ortega (q.e.p.d), fueron dispensados con fundamento en los marcos de referencia dispuestos por los protocolos estimados con tal finalidad.

En todo caso se evidencia, que el virus del dengue se agudizó de manera súbita y grave para el 11 de agosto de 2015. Pese a los esfuerzos realizados por el Hospital Nivel I El Bordo E.S.E y el Hospital Susana López de Valencia, quienes le brindaron todos los servicios médico asistenciales a su alcance, lamentablemente, no fue posible preservar la vida del menor, quien fallece después de 6 días de haber adquirido el virus.

Según las reglas jurisprudenciales antes enunciadas, la declaratoria de responsabilidad estatal con ocasión actividades médico-asistenciales, se le atribuye al Estado bajo el régimen de la falla probada del servicio; por tanto, ante las probabilidades planteadas en el sub judice, relacionadas con la posibilidad de contar con el diagnóstico previo de la enfermedad,

es claro que la misma no comporta certeza, para establecer que con el mismo se habría evitado el fallecimiento del menor, máxime si se tiene en cuenta que para este tipo de enfermedades no existe un tratamiento específico que pudiera contrarrestar la enfermedad.

Según las evidencias analizadas, infiere el Despacho, que la atención médica prestada en el área de urgencias del HOSPITAL NIVEL I EL BORDO E.S.E. y en el área de la UCI pediátrica del HOSPITAL SUSANA LOPEZ DE VALENCIA E.S.E., se realizó de acuerdo con la LEX ARTIS, cumpliendo a cabalidad con los protocolos médicos, por lo que de los elementos materiales aportados, no es posible establecer la presunta negligencia o mala praxis médica, que se indica en el libelo.

Advierte el Despacho que la medicina es una profesión de medio y no de resultado, por lo tanto, el desenlace fatal de la enfermedad no define la falla en el servicio, si no se demuestra en debida forma, la negligencia o impericia del personal médico, o la omisión en el tratamiento, según lo que la LEX ARTIS defina para el efecto.

De esta manera, colige el Despacho que la parte accionante no logró acreditar en debida forma, una omisión o inadecuada praxis por parte de los galenos que atendieron al menor Cristian Alejandro Jiménez Ortega (q.e.p.d) durante los días 08 al 13 de octubre del año 2.015, en tal sentido se despacharán de manera desfavorable las pretensiones de la demanda.

4. COSTAS

Dispone el artículo 188 del CPACA que hay lugar a condena en costas a la parte vencida, en los términos del código general del proceso.

Según el numeral 1º del artículo 365 del CGP correspondería, sin más, condenar en costas a la parte vencida, sin embargo, el asunto debe analizarse en conjunto con el numeral 8º del mismo artículo, conforme al cual solo hay lugar a condena en costas cuando en el expediente aparezca que se causaron y en la medida de su comprobación.

En esas circunstancias, y de acuerdo con la posición jurisprudencial⁴⁷ una vez revisado el expediente, el Despacho no encuentra elementos que acrediten la causación de costas, motivo por el cual se negará este rubro, sumado al hecho de que no se observa en este caso temeridad o mala fe en el actuar de las partes.

5. DECISIÓN

Por lo expuesto el **Juzgado Noveno Administrativo de Popayán, administrando** justicia en nombre de la República de Colombia y por autoridad de la Ley,

RESUELVE:

PRIMERO.- NEGAR las pretensiones de la demanda

SEGUNDO: Sin condena en costas por lo expuesto.

TERCERO: Notifíquese la presente providencia en la forma establecida en el artículo 203 del CPACA y en el CGP, en lo pertinente.

CUARTO: Una vez ejecutoriada ARCHÍVESE el expediente.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

La Jueza,

MARITZA GALINDEZ LOPEZ

Firmado Por:
Maritza Galindez Lopez
Juez Circuito
Juzgado Administrativo
9
Popayan - Cauca

Este documento fue generado con firma electrónica y cuenta con plena validez jurídica,
conforme a lo dispuesto en la Ley 527/99 y el decreto reglamentario 2364/12

Código de verificación: 053a1e775d7e03222836f24ea134d46713bd9f02e966dad58b9d8bc5b2422d26

Documento generado en 16/09/2024 11:01:51 AM

Descargue el archivo y valide éste documento electrónico en la siguiente URL:
<https://procesojudicial.ramajudicial.gov.co/FirmaElectronica>